



EL ABORTO CON MEDICAMENTOS EN AMÉRICA LATINA

LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN
MÉXICO, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ



EL ABORTO CON MEDICAMENTOS EN AMÉRICA LATINA

LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN
MÉXICO, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ

EL ABORTO CON MEDICAMENTOS EN AMÉRICA LATINA

LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN MÉXICO, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ

Investigadora Principal:

María Mercedes Lafaurie, Investigadora independiente

Co-investigador:

Daniel Grossman, Population Council

Investigadoras:

Erika Troncoso, Population Council

Deborah Billings, IPAS, México

Susana Chávez, PROMSEX, Perú

Gloria Maira, Taller Comunicación Mujer, Ecuador

Imelda Martínez, CISC, México

Margoth Mora, Investigadora independiente

Olivia Ortiz, GENES, México

Asistente:

Carolina Pabón

Coordinación Editorial:

María Mercedes Lafaurie

Diseño y Edición:

Carlos Moccagatta, www.moccadesign.com

Fotografía:

Viviana Díaz, anaivivzaid@yahoo.com

Eduardo Flores Castillo, xabo_jubba@yahoo.com

Cortesía imágenes:

Manojo Producciones, Morena # 958-2, Col Narvarte

México DF, Tels (52.55)

55.19.76.73 y 85.00.28.87, www.manojo.net.

Impresión:

PubliStudio, contacto@publistudioltda.com

Este estudio fue financiado por Population Council, Gynuity Health Projects y un donante anónimo - 2005

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	1
Capítulo 1: EL ABORTO INDUCIDO EN AMÉRICA LATINA	3
Capítulo 2: EL ABORTO INDUCIDO DESDE LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES	11
Capítulo 3: EL ABORTO CON MEDICAMENTOS EN LA INVESTIGACION	13
Capítulo 4: ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO	17
La investigación cualitativa en salud	17
Propósito del estudio	19
Objetivos	19
Método	20
Capítulo 5: PRINCIPALES HALLAZGOS	21
El contexto sociodemográfico	21
Aspectos sociodemográficos	21
Historia reproductiva y anticonceptiva	26
Momentos de la experiencia	30
I. La decisión	30
<i>Circunstancias del embarazo</i>	30
<i>Las razones para interrumpir el Embarazo</i>	32
II. Las experiencias con el método	37
<i>Cómo contactaron a los proveedores</i>	37
<i>La decisión acerca del método</i>	39
<i>La inserción de las pastillas</i>	41
<i>La expulsión</i>	42
<i>El procedimiento exitoso</i>	43
<i>Efectos colaterales</i>	44
<i>Sentimientos y emociones</i>	45
<i>El procedimiento con medicamentos fallido</i>	48
III. La valoración	49
<i>Construcción de significado y sentido sobre el aborto</i>	49
<i>Construcción de significados sobre el aborto con medicamentos</i>	51
<i>Ventajas y desventajas del aborto con medicamentos</i>	53
<i>Recomendarían o no el método</i>	55
<i>Cómo perciben la interrupción quirúrgica</i>	57
<i>Significado de la experiencia en las vidas de las mujeres</i>	58
<i>Anticoncepción post aborto</i>	59
<i>Proyectos de vida</i>	59
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
Referencias Bibliográficas	64



LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN MÉXICO, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ

En América Latina, como consecuencia de las restricciones existentes en la legislación, se presenta con frecuencia el uso de procedimientos de aborto inducido no seguros que causan serias complicaciones de salud en las mujeres, constituyendo esta realidad un considerable problema de salud pública en la región. Esta problemática ha sido reconocida y visibilizada por parte de varias organizaciones empeñadas en el mejoramiento de las condiciones de salud de la mujer y en el fortalecimiento de políticas con perspectiva de género y de derechos en el campo de la salud sexual y reproductiva.

El método de interrupción del embarazo mediante el uso de medicamentos, parece incidir en la reducción de las tasas de mortalidad y de morbilidad maternas que han sido asociadas por la investigación a los métodos no seguros mediante los cuales abortan en muchas ocasiones las mujeres en los países de América Latina donde el procedimiento está restringido legalmente (Barbosa y Arilla, 1993; Ferrando, 2002, Sherris y cols., 2005).

En la región, se dispone de muy pocos estudios acerca de la utilización de este método por parte de las mujeres, habiendo evidencia de un creciente uso del mismo por parte de ellas en los diferentes países. Se estableció, con fundamento en esta realidad, la importancia de abordar, desde la experiencia de las

mujeres, la interrupción del embarazo con medicamentos en países latinoamericanos con un contexto legal restrictivo frente al aborto.

Atendiendo a esta necesidad, se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo, con perspectiva de género y de derechos, haciendo uso de entrevistas a profundidad, mediante el cual fue posible hacer una aproximación hacia la vivencia propia de 49 mujeres que han experimentado el aborto con medicamentos en cuatro países de América Latina en que el aborto está restringido legalmente (México, Colombia, Ecuador y Perú).

El proceso permitió recoger y analizar las construcciones y las valoraciones de las mujeres acerca de su experiencia con la interrupción del embarazo con medicamentos, teniendo en consideración sus características sociodemográficas y los contextos culturales en que se desenvuelven.

Este documento da cuenta del trayecto del estudio, desarrollado durante dos años, cuyos hallazgos reportan aspectos de interés primordial para la salud pública, para el desarrollo de políticas y para el fortalecimiento de la educación y prevención en el campo de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en la región de América Latina.



EL ABORTO INDUCIDO EN AMÉRICA LATINA

1



El aborto inducido como consecuencia del embarazo no deseado o no planeado es reconocido como un problema de gran magnitud desde la salud pública, en los países en vías de desarrollo, donde se asocia a condiciones inseguras, sobre todo en aquellos en que se presentan restricciones legales.

De acuerdo con la OMS (2004), en América Latina y el Caribe un número de 3.700.000 mujeres se someten cada año a abortos ilegales, lo cual cobra la vida de 3.700. Por cada 1000 mujeres en edad reproductiva se presentan 29 abortos no seguros. En la región, por cada 100.000 nacimientos se dan 30 muertes por aborto inseguro el cual es responsable del 17% de las muertes maternas.

Por su parte, el Instituto Alan Guttmacher (2001) afirma que en África, Asia, Latinoamérica y el Caribe, las tasas de aborto estimadas son similares: 31-37 por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva.

De acuerdo con las estadísticas del estudio “Aborto clandestino: una realidad latinoamericana” llevado a cabo en 1994 también por parte de este Instituto, el aborto es una realidad ampliamente extendida en la región. El aborto realizado por personas no idóneas y en condiciones no asépticas es una de las primeras causas de mortalidad materna en los países de América Latina donde 800.000 mujeres son hospitalizadas cada año por complicaciones inmediatas del aborto inducido.

Según el reporte elaborado por el sitio Web “Annual Review of Population Law”, con excepción de Barbados, Belice, Cuba, Guyana, Puerto Rico, Santa Lucía, San Vicente y las Antillas Francesas, el aborto

inducido está legalmente restringido en América Latina y el Caribe, lo cual, sin duda, contribuye a la incidencia del aborto no seguro en la región.

Espinoza y López-Carrillo (2003) al analizar algunos estudios sobre aborto inducido realizados en la región, establecen que “algunas mujeres deciden interrumpir un embarazo por la necesidad de no procrear más en forma temporal o definitiva o bien por dificultades económicas asociadas a conservar un empleo, continuar con un programa de educación o por la actitud negativa de la pareja y/o de la familia hacia el embarazo”. Estos autores concluyen, también, que por falta de un marco legal que los soporte, se dan carencias en los sistemas de salud que impiden la atención en forma segura de los embarazos no deseados.

Es muy posible que esta realidad esté asociada a los índices de mortalidad materna que se presentan en los países tenidos en consideración en este estudio. Estimaciones realizadas entre 1995 y 2000 indican que en el Ecuador el 18% de las muertes maternas son debidas al aborto, mientras en el Perú representan el 16%; en México el 23% y en Colombia el 28%. (Deulaire y cols., 2002).

En un estudio llevado a cabo en el Perú y Colombia, en el 2003, por Alí y sus colaboradoras, se evidencia que la tasa de embarazos que terminan en aborto se ha incrementado en el segundo país casi al doble- de 7% a 13%- mientras ha permanecido relativamente estable en el Perú. Factores como el desplazamiento y la violencia política inciden muy posiblemente en el incremento de embarazos no planeados y no deseados en Colombia. La asociación de esta realidad con



la interrupción del embarazo por violación sexual la ha podido constatar la Fundación Si Mujer de la Ciudad de Cali donde se llevó a cabo un revelador estudio sobre esta problemática para la cual no hay en ese país un marco legal (Londoño, 2000).

En el informe elaborado en el año 2000 por la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, se recomienda “intensificar la investigación en salud de la mujer que promueva el análisis de las diferencias socioculturales: razas, etnias, edades, estratos socioeconómicos, urbano/rurales, de opciones sexuales, etcétera”. Este reporte afirma que “se han encontrado actitudes punitivas con relación al manejo del dolor por parte de las mujeres, en algunos países especialmente en Perú, en el caso de la atención al aborto incompleto”, esto como producto de la situación de vulnerabilidad propia de quienes acuden al procedimiento dentro de un contexto de ilegalidad y de la desaprobación que su actitud genera a nivel social y cultural. En los estudios sobre salud de la mujer según la Red “queda clara la necesidad de establecer diálogos con las perspectivas de las mujeres sobre sus problemas de salud con el fin de mejorar su salud sexual y reproductiva” (González, 2000).

En directa proporción con el carácter ilegal del aborto, en buena parte de los países de la región, es escasa la ejecución de procesos de investigación que permitan aproximarse al fenómeno y a sus implicaciones con relativo nivel de profundidad y desde la perspectiva de las mismas mujeres.

Langer (2003) plantea que “las complicaciones inmediatas más frecuentes del aborto inseguro son la perforación del útero, la hemorragia y la infección. A medio plazo, la infertilidad es una secuela posible”. Esta investigadora afirma que “lamentablemente, no se cuenta con datos sistemáticos y precisos para cuantificar esta morbilidad excepto en los casos en los que la mujer acude a un centro hospitalario”. Según la autora, se carece, además, de medidas confiables que permitan conocer los efectos psicológicos del aborto inducido el cual además de afectar a las mujeres afecta a los varones y a la familia misma. Erviti y Castro (2004), por su parte, establecieron que, dada la estigmatización asociada al aborto inducido, las mujeres de bajos ingresos que lo han experimentado, ocultan con frecuencia esta realidad, argumentando que se trató de un aborto espontáneo.

Con el fin de ubicar nuestro trabajo en el contexto donde ha sido desarrollado, nos detendremos en describir el panorama general del aborto en los cuatro países que han ocupado nuestra atención en este estudio.

Con el fin de ubicar nuestro trabajo en el contexto donde ha sido desarrollado, nos detendremos en describir el panorama general del aborto en los cuatro países que han ocupado nuestra atención en este estudio.

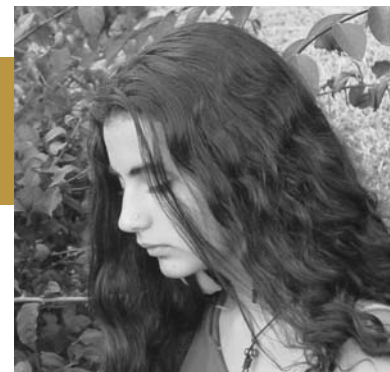
MÉXICO

En México durante los últimos años se han incrementado los esfuerzos con el fin de flexibilizar la normatividad frente al aborto, los cuales han sido especialmente fructíferos en lo que respecta al Distrito Federal (Lamas, 2000).

En la actualidad, los códigos penales de los estados mexicanos contemplan circunstancias bajo las cuales la interrupción del embarazo no es punible. Un número de 28 estados aceptan el aborto para salvar la vida de la madre y todos (32) lo autorizan en casos de violación (sitio web “Annual Review of Population Law”).

EL ABORTO INDUCIDO EN AMÉRICA LATINA

1



A pesar de la existencia de este marco jurídico, el acceso de las mujeres al aborto seguro está marcadamente restringido, aún bajo las circunstancias previstas en la legislación. La mayoría de los códigos penales estatales carecen de los instrumentos normativos adecuados, según el análisis realizado por González (2003) quien afirma que “dadas las restricciones para la práctica del aborto que existen en toda la República Mexicana, la gran mayoría de las mujeres que deciden interrumpir el embarazo lo hacen al margen de las leyes. Muchos abortos se practican en condiciones de inseguridad, lo que propicia una alta incidencia de complicaciones y un número desconocido de muertes prematuras que podrían evitarse”. Añade esta autora que las restricciones legales no impiden que un elevado número de mujeres de los sectores sociales de escasos recursos económicos utilice procedimientos peligrosos para autoinducir la interrupción del embarazo, o que recurran, muchas veces en forma tardía, a practicantes no calificados que realizan abortos con instrumentos contaminados.

Según la estimación realizada por el Instituto Alan Guttmacher, en 1994, el 40% de los embarazos en México son no deseados. De estos, el 17% terminan en abortos inducidos y el 23% restante en nacimientos no deseados.

De acuerdo con cifras aportadas por el Consejo Nacional de Población (2000), se calcularon aproximadamente 200.000 abortos inducidos en México, entre 1993 y 1995. Muchas mujeres se ven enfrentadas al aborto inseguro en ese país, lo cual genera

un alto número de complicaciones de salud y se constituye en causal de un sinnúmero de muertes (Billings y cols., 2002).

Langer (2003) se refiere al subregistro que se presenta con respecto al aborto inducido en México y afirma que “las mujeres que, bien o mal, resuelven su problema en el hogar o en la comunidad (fuera de los hospitales) no quedan registradas en alguna estadística oficial”. En México, no obstante las complejas realidades que aún persisten, existe un consenso cada vez mayor respecto a la importancia del aborto como problema de salud pública, gracias a la labor realizada por el movimiento de mujeres y otros sectores involucrados en la promoción de los derechos de las mujeres y en el mejoramiento de sus condiciones de salud (González, 2003).

COLOMBIA

En Colombia el aborto es ilegal y conlleva una pena de 1 a 3 años tanto para la madre como para quienes lo practican siendo atenuantes de la misma el que el embarazo sea resultado de “una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas”, de acuerdo con la Ley 599 de 2000 del Código Penal colombiano. Además de estos atenuantes, en el parágrafo del artículo 124 de la mencionada Ley se estipula que “cuando se realice el aborto en condiciones anormales de motivación, el funcionario judicial podrá prescindir de la pena cuando ella no resulte necesaria en el caso concreto”.

No obstante las restricciones desde la legislación, el estudio realizado por el Instituto Alan Guttmacher en 1994 estableció que en Colombia se presentan cuatro abortos por cada diez niños nacidos. En un estudio realizado en 1994 con 33.275 mujeres de 22 ciudades, por parte de Zamudio, Rubiano y Wartenberg (1994) de la Universidad Externado de Colombia, el 22% de las mujeres urbanas en Colombia, entre los 15 y los 55 años declaró haber tenido por lo menos una experiencia de aborto en su vida.

En un trabajo realizado para la Secretaría de Salud del D.C., en 1998, Prada y sus colaboradores hallaron, en tres localidades de Bogotá, una prevalencia de aborto inducido del 2.88%.

Zamudio y sus colaboradores (1998) destacan la magnitud de esta problemática en ese país especialmente en lo que se refiere a la población de adolescentes y mujeres jóvenes quienes por su situación, son más proclives a abortar de manera insegura.

De acuerdo con cifras recogidas y publicadas sobre Colombia en el informe del Centro para los Derechos Reproductivos -Center For Reproductive Rights- en 2001, veintiséis de cada cien mujeres universitarias - más de la mitad con 20 años o menos - han tenido un aborto. Esto suma un promedio de 450 mil abortos practicados cada año. Por cada cien mujeres que tienen un aborto, 29 sufren complicaciones y 18 acuden de urgencia a servicios hospitalarios debido a complicaciones serias. Este informe asevera también que el aborto es la segunda causa de mortalidad materna y genera 15% del total de muertes maternas al año en Colombia.



La Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2000 -ENDS- realizada por Profamilia mostró que la gran mayoría de las mujeres en Colombia conocen algún método anticonceptivo pero evidenció también que un 52% de los embarazos ocurridos en los cinco últimos años no fueron planeados.

Por su parte, Mora y Villarreal de la Fundación Oriéntame (1995), plantean que en Colombia el embarazo no planeado se asocia de manera directa al aborto, problemática que está enmarcada por factores de carácter social y cultural propios de

EL ABORTO INDUCIDO EN AMÉRICA LATINA

1



las diversas circunstancias en que ese embarazo se da. “El aborto provocado involucra una serie de eventos en la vida de la mujer, desde las circunstancias en las cuales ocurre un embarazo no planeado hasta las posibles implicaciones físicas, emocionales e incluso legales post-aborto” afirman los autores. Los investigadores establecieron de igual manera que “para las mujeres entrevistadas ser madre implica una gran responsabilidad difícil de asumir, entre otras razones, debido a las limitaciones sociales y familiares que muchas veces afrontan las mujeres embarazadas o con hijos”. Este trabajo concluye que a pesar de la ambigüedad que el aborto provocado implica para las colombianas que lo han vivido, pesan más las condiciones concretas que viven en el momento en que se enfrentan a un embarazo inoportuno. Las razones para decidir abortar por parte de las mujeres se relacionan con la continuidad de su proyecto de vida, con el temor al rechazo familiar y con la situación económica, entre otras.

En el año 2003 la Secretaría de Salud de Bogotá D.C. llevó a cabo un estudio mediante el cual se buscó identificar los factores asociados al aborto inducido y al embarazo no planeado, en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Santa Fe - con población de estratos medio y bajo- con el propósito de contribuir al diseño de estrategias educativas e informativas. Este trabajo se realizó con una población de 2101 mujeres entre los 10 y los 44 años y tuvo en consideración un diseño mixto de tipo descriptivo y cualitativo. Para el caso del embarazo no planeado, se observó que las mujeres entre 10 y 24 años tienen 1.61 veces más el riesgo de ocurrencia de un embarazo no planeado en relación con las mujeres de 25 a 44 años. La edad promedio de ocurrencia del primer aborto resultó ser a los 23 años.

La razón principal aducida por las mujeres en la primera interrupción del embarazo fue “las dificultades económicas” (42.41%). Un 70.80% reportó que no usaba ningún método de planificación familiar. La percepción de la ruta de acceso, oferta, costos y calidad de los servicios de interrupción del embarazo descrita por las mujeres entrevistadas, muestra un panorama variado de alternativas desde el uso de medicamentos abortivos recomendados por alguna amiga o droguista, hasta procedimientos médicos como la aspiración al vacío, realizados por personal calificado y sin mayores consecuencias inmediatas sobre la salud de la mujer, según este informe.

ECUADOR

En el Ecuador el aborto como problemática de salud pública no ha sido abordado en concordancia con su magnitud y se carece de estudios que permitan dar cuenta de su realidad según lo ha planteado al Comité de la CEDAW el movimiento de mujeres de ese país.

A nivel penal, en ese país el aborto es tipificado como un delito contra la vida. En el código penal, no son punibles el aborto terapéutico y el eugenésico. El primer caso hace referencia a circunstancias en las que peligra la vida o la salud de la madre; mientras que en el segundo, se contempla la no punibilidad del aborto, si el embarazo es consecuencia de violación o estupro cometidos contra una mujer idiota o demente (Gómez de la Torre y Valladares, 2004).

Más que de estudios o de mediciones científicas, las estadísticas de que se dispone sobre el aborto en el Ecuador, provienen de los egresos hospitalarios por esta causa y de las atenciones gineco-obsétricas, según el informe de Maira (2004) sobre el aborto en ese país. En relación a los egresos hos-



pitalarios, se registran en el año 2002, 19.269 egresos por aborto; ese mismo año, se reportan 23.952 egresos hospitalarios por embarazo terminado en aborto. Según explican Gómez de la Torre y Valladares (2004), la diferencia entre las dos cifras se debe a que la última incluye abortos no especificados, es decir, cuya causa se desconoce y por tanto, no puede ser imputada a las categorías de diagnóstico.

De acuerdo con datos del Ministerio de Salud Pública de ese país, el número de abortos en el año 2002 atendidos en unidades de salud sería cercano a los 23.000. Las estadísticas no permiten conocer cuántos de éstos corresponden a abortos inducidos o provocados que llegan a las unidades de salud por complicaciones, y cuántos son procedimientos practicados en estas unidades. Con respecto a los índices de morbilidad, el aborto es la categoría que mayor peso tiene entre las causas de morbilidad obstétrica y el número de casos reportados por las autoridades de salud es de 1.858 en 1993 y de 1.619 en el año 2002.

En relación con la mortalidad por aborto, el Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador reporta 20 casos en el año 2000. Respecto de estas cifras, el propio SIISE en su ficha metodológica advierte: “Este indicador utiliza como fuente los registros de defunciones o las Estadísticas vitales. Esta fuente adolece de un importante problema de subregistro,

debido principalmente a deficiencias en la identificación de la causa de muerte de las mujeres”.

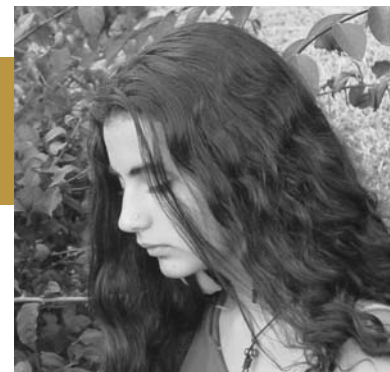
Las cifras del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), solo dan cuenta de las mujeres que requirieron atención médica por una complicación y que recurrieron a alguna unidad de salud. Y esto representa solo una parte del universo de las mujeres que abortan.

Según los datos del censo de población del 2001 del INEC, el número de mujeres entre 14 y 44 años es de 2.892.50 (representa el 47% del total de mujeres). Aplicando el método de proyección de la OMS, el número de abortos por año que se produce en Ecuador bordea los 95.000, de acuerdo con el cálculo hecho por la economista Gloria Maira para este estudio.

Con respecto a estudios o investigaciones sobre el aborto en Ecuador, se constata que su número es mínimo. En el aspecto legal, lo último publicado corresponde a una investigación regional promovida por el Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer (CLADEM), “Silencios públicos, muertes privadas”, publicado en 1998 (Bermúdez, 1998). “No se encontraron mayores estudios o investigaciones de parte del movimiento de mujeres, ni de otras organizaciones que trabajan en el campo de la salud reproductiva o del Ministerio de Salud Pública”, concluye Maira (2004).

EL ABORTO INDUCIDO EN AMÉRICA LATINA

1



PERÚ

De acuerdo con el informe “El aborto en el Perú” elaborado por Chávez (2004), en ese país el aborto está restringido legalmente, excepto cuando el embarazo pone la vida de la mujer en grave riesgo. Para quienes incurrir en delitos de aborto, la pena correspondiente está entre 1 y 3 años, para el caso de las mujeres y, para el caso de los proveedores, 6 años de pena privativa de la libertad. Chávez manifiesta que “es necesario señalar, que en el Perú solo se da carcelería efectiva, cuando la pena es mayor de 3 años, por lo que la penalización del aborto, es mas una situación simbólica y de estigma”. Son considerados atenuantes de la pena, cuando el aborto, corresponde a un embarazo, producto de una violación o cuando el feto es incompatible con la vida y la misma asciende solo a 6 meses.

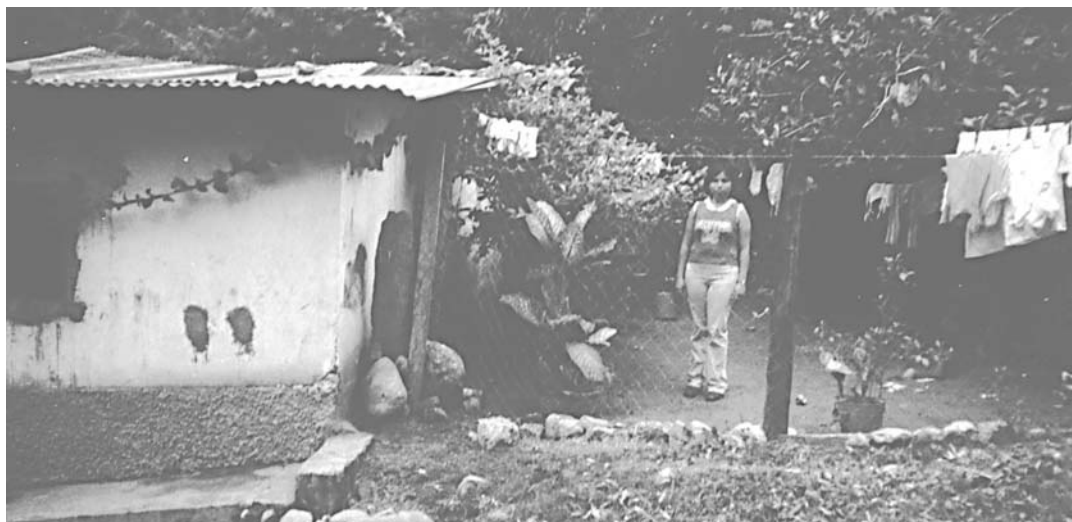
La tasa de fecundidad ha venido decreciendo de manera permanente desde 1950 en el Perú. De igual forma, se observa un decremento en las expectativas de las mujeres peruanas frente a la maternidad y al promedio de hijos ideal por familia. No obstante aún persiste una brecha significativa entre lo que las mujeres desean y la tasa real de fecundidad en el Perú. De acuerdo con estimativos basados en los embarazos no planeados, en los últimos cinco años han nacido más de un millón de niños y niñas no esperados, manifiesta esta autora.

La falta de accesibilidad geográfica a los servicios de salud, las actitudes personales, los patrones culturales y la desinformación sobre el uso correcto de los métodos y sus efectos secundarios determinan que el 56% de las mujeres peruanas en edad fértil y el 31% de mujeres unidas no usen ningún método de planificación familiar o no lo hagan correctamente. De acuerdo

con las estadísticas procedentes de los servicios de emergencia, de las mujeres que llegan con complicaciones por aborto, poco más del 62% tiene menos de 30 años, y el 14% es menor de 20. Sólo el 30% no tiene ningún hijo; el 60% tiene de 1 a 4 hijos (Ferrando, 2002).

Ferrando, en su trabajo sobre el aborto clandestino en el Perú, llevado a cabo en el 2002, afirma que del millón de embarazos que se producen cada año, el 25% termina en nacimientos no deseados, y el 35% en abortos inducidos.

Según esta investigadora, la condición socioeconómica de la mujer y su lugar de residencia habitual (urbana o rural) son factores que juegan un rol importante en la probabilidad de sufrir complicaciones aún si las pacientes acuden al mismo tipo de proveedor. En opinión de los profesionales de la salud encuestados en este estudio, el riesgo es más alto entre las mujeres de escasos recursos económicos que viven en el área rural o en centros poblados carentes de asistencia médica. El estudio establece que de acuerdo con sus condiciones económicas las mujeres acceden a servicios más o menos seguros y detectó que al parecer “la forma más comúnmente utilizada para inducir abortos es la introducción vaginal de medicamentos, sustancias u objetos”. En este grupo destaca, según la autora, el uso vaginal, oral, y combinado (vaginal y oral) de prostaglandinas en dosis que varían si se trata de automedicación, si fue sugerido por el farmacéutico o su asistente, o si es recomendado por un profesional. A diferencia de 1992 (año en el que se condujo una encuesta similar) en la que casi no se las mencionó, en esta ocasión, la gran mayoría lo hizo.



Un contexto prohibitivo y patriarcal

El subregistro, las limitaciones desde la legislación, la deficiencia de perspectivas de análisis de la problemática dentro del contexto de la salud pública, la evidencia de que se trata de una problemática de magnitud considerable, y la escasez de miradas integrales acerca de la vivencia del aborto por parte de las mujeres, marcan el contexto del aborto inducido en América Latina. A menudo los datos de que se dispone sobre el aborto en los países de la región corresponden a los registros elaborados por los hospitales y en contados casos a estudios poblacionales. Las organizaciones que trabajan por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la región, realizan, no obstante, una valiosa labor de defensoría y hacen visibles estas carencias de información.

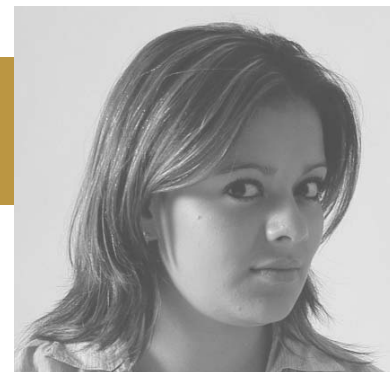
Atendiendo a lo que los datos nos aportan, podemos aseverar que este estudio se ubica en países con amplias franjas de población en la pobreza que se ven impactadas por el aborto inducido de manera particular; en un contexto social y cultural donde el aborto está restringido legalmente y es causa de una severa problemática de salud pública que cobra vidas y genera morbilidad, sin que se le preste la debida atención en concordancia con la magnitud del conflic-

to que genera no solo para las mujeres sino para sus parejas y familias.

De igual forma, se contextualiza en países donde la cultura patriarcal margina a la mujer de las decisiones con respecto a su propio cuerpo, abocándola a complejas situaciones relativas a su salud sexual y reproductiva y donde a pesar de las prohibiciones y de la culpa que en muchos casos genera, las mujeres que no logran acceder a la anticoncepción segura y a información efectiva sobre la misma, se ven impelidas a abortar como alternativa frente a embarazos no deseados o no planeados, siendo víctimas en muchos casos de procedimientos no seguros. Como pudo observarse, tanto en el estudio realizado por la Secretaría de Salud de Bogotá como en aquel llevado a cabo por Ferrando en el Perú, el aborto con medicamentos -bien sea bajo supervisión médica o no- se ha convertido un procedimiento reconocido y utilizado por las mujeres de estos países como alternativa de interrupción del embarazo.

EL ABORTO INDUCIDO DESDE LA EXPERIENCIA DE LAS MUJERES:

2



LA INCIDENCIA DE LAS RELACIONES DE GÉNERO

Algunas entidades y grupos de investigación se han dado a la tarea de recoger las percepciones, sentimientos y construcciones morales en torno a sus experiencias con el aborto inducido desde las mujeres, haciendo uso de técnicas cualitativas.

Resulta interesante para comenzar, hacer alusión al trabajo llevado a cabo por las investigadoras canadienses McIntyre, Anderson y Mc Donald (2001) quienes realizaron un estudio de corte cualitativo y desde un enfoque hermenéutico y fenomenológico que tuvo en cuenta las narrativas sobre sus experiencias de aborto por parte de 14 mujeres entre los 14 y los 44 años, del occidente del país, de diferentes procedencias educativas, culturales y políticas. Cabe resaltar que en el Canadá el aborto es legal.

Las autoras son enfáticas al expresar que no son una sino varias las historias de aborto que pueden hallarse contadas por las mujeres. Éstas, envuelven mucho más que el evento en sí mismo para las mujeres y deben ser comprendidas ubicándolas en la complejidad de sus respectivas vidas. Estas historias no solo giraron alrededor de su experiencia, sino alrededor de la maternidad y del significado de la misma en sus vidas particulares. La argumentación de las mujeres en torno a su experiencia se orientó en muchas ocasiones a recordar las respuestas negativas de otros dentro de su vivencia y si bien ellas no enfatizaron en su decisión de interrumpir el embarazo, sí lo hicieron sobre el silencio y la falta de apoyo que hallaron en el trayecto. El juicio realizado por algunos proveedores frente a su decisión de abortar, la soledad, la imposibilidad de expresar sus sentimientos y otras manifestaciones existenciales hicieron parte importante de varios de los relatos. De otra parte se encontró también que el evento en varias ocasiones confronta a las mujeres consigo mismas y con su salud.

Los aspectos emocionales asociados al aborto fueron analizados también por Martignon (1992) quien, en Colombia, mediante un proceso de reflexión de carácter grupal, recogió narraciones de 6 mujeres profesionales que habían vivido alguna vez en su vida una interrupción del embarazo.

La autora estableció que el vínculo de pareja juega un papel protagónico dentro del contexto de la decisión y la vivencia del aborto inducido debido a la presencia o ausencia del mutuo proyecto vital de procrear un hijo. La experiencia que se dio sobre todo como una reacción negativa ante el “madresolterismo” y que estuvo conducida por las condiciones de la relación de pareja, se vivió con frecuencia en silencio y con temor. En los casos en que se dio el apoyo solidario del compañero, éste facilitó y minimizó el impacto de la vivencia. A las mujeres les ayudó el haber recibido atención cualificada, la compañía y el haber podido mantenerse tranquilas. Frente a esta experiencia se observó en general un fuerte deseo de olvido, con una culpa aún persistente.

Rance (1994) por su parte, llevó a cabo un análisis a partir de tres estudios sobre actitudes y prácticas que inciden en el embarazo no deseado con comunidades migrantes en Bolivia. La introyección de tabúes de la sociedad urbana; el temor y los prejuicios frente a la anticoncepción generados con frecuencia por las actitudes desconfiadas de la pareja; la utilización de tácticas indirectas para perder el embarazo, por no asumir una interrupción; la gran incidencia del varón en la toma de decisiones frente al aborto y la poca frecuencia de consulta por embarazo no deseado, debida a la sanción penal y moral imperantes en el entorno, reflejan una realidad circundada por una cultura represiva.

En el Perú, Cardich (1993) realizó un estudio haciendo uso de relatos como técnica de recolección de información en que analizó el impacto psicosocial del aborto desde una perspectiva feminista. Esta autora encontró que el no usar métodos anticonceptivos por parte de las mujeres es en ocasiones un mecanismo para evitar exponerse a relaciones sexuales no deseadas. De acuerdo con algunas narraciones analizadas por esta investigadora, el varón pretende imponer el embarazo a la mujer. Entre las razones asociadas al aborto, la presencia o ausencia de la pareja, la calidad y el futuro de la relación jugaron un importante papel. Otros factores que propiciaron la decisión de abortar fueron la continuación de un proyecto de vida, el temor a la familia, la carencia de recursos económicos, los problemas de salud y el que el embarazo se asocie a violación o que se presente falla de los anticonceptivos modernos.

Mora y Villarreal en su estudio sobre el aborto inducido en Colombia (1995), concluyen que la decisión de interrumpir el embarazo fue un proceso difícil para las mujeres entrevistadas debido principalmente a los valores sociales, culturales y religiosos que condenan el aborto y exaltan la maternidad. La mayoría de las mujeres participantes en la investigación, no obstante, adecuan sus creencias para justificar el aborto argumentando que “es más pecado traer un hijo a sufrir”.

En un reciente estudio cualitativo realizado sobre el embarazo juvenil por Mora (2004), se estableció que quienes frente a esta circunstancia optaron por el aborto, “al valorar su experiencia toman como base los supuestos sociales y religiosos dominantes”. Quienes se mostraron más afectadas expresaron conflicto religioso y culpa. El estudio evidencia de qué manera las decisiones frente al embarazo en mujeres jóvenes están mediadas por la reacción que el mismo suscite en la pareja, siendo el aborto



una opción común de quienes no encuentran una respuesta positiva en los varones. De otra parte, ante la pérdida que constituye para las mujeres una interrupción, puede surgir como compensación una maternidad, según lo pudo establecer la autora en su análisis.

Es indiscutible que en la vivencia del aborto inducido juegan un importante papel los factores de género y que en la construcción de esta experiencia influyen los valores culturales imperantes.

La interrupción de un embarazo es a menudo un hecho que tiene significado en la vida de las mujeres, que las cuestiona y las lleva a reflexiones existenciales, cuya vivencia, por comprometer terrenos altamente sensibles de su subjetividad, puede contener una profunda carga emocional, aspecto que debe ocupar una atención especial en los acercamientos que se hagan desde la salud pública a esta problemática.

EL ABORTO CON MEDICAMENTOS EN LA INVESTIGACIÓN



La interrupción del embarazo con medicamentos es una práctica novedosa dentro del campo de la salud sexual y reproductiva de uso creciente en Europa, los Estados Unidos y Canadá, y en países en desarrollo como la India, Cuba, Túnez y la China, a partir de los años noventa. Consecuentemente, la efectividad de este método ha sido estudiada en los últimos años en los países donde el procedimiento ha sido implementado. Es así como ha sido posible establecer, además de la eficacia del procedimiento, la valoración que sobre el mismo hacen las mujeres y los antecedentes que se asocian con su elección, como una opción frente al procedimiento quirúrgico, contando con aproximaciones llevadas a cabo en variedad de culturas. Igualmente, se han llevado a cabo estudios comparativos entre quienes han hecho uso de uno u otro procedimiento. Otros estudios se han dirigido a reconocer los aspectos clínicos relacionados con el método. No obstante, dentro de la literatura, son pocos los estudios de que se dispone que se han orientado a conocer la manera como viven y como construyen la experiencia las mujeres que han experimentado este tipo de procedimiento, partiendo de sus propias percepciones y desde una perspectiva cualitativa.

En el Canadá, Wiebe (1997) del equipo del Departamento de Práctica Familiar de la Universidad de la Columbia Británica, realizó un amplio estudio con el fin de comparar los aspectos médicos implicados, la eficacia y la aceptación del aborto con medicamentos por parte de las mujeres, en contraste con el método de aborto quirúrgico. Entre los resultados más prominentes se halló que las mujeres que eligieron el aborto con medicamentos fueron sobre todo las más jóvenes. Al preguntar por las razones que indujeron su decisión, el 80.9% de las mujeres que eligieron el procedimiento con medicamentos consideraron el tiempo de gestación requerido para el procedimiento, menor de 7 semanas, como algo muy importante. La

privacidad fue considerada prioritaria para el 71% mientras, para un 61% lo fue el soporte emocional recibido por ellas en sus hogares durante el procedimiento ambulatorio. Un 44% reportó que su temor a la cirugía y a los anestésicos fue algo destacado en cuanto a las razones que motivaron su decisión.

Varias investigaciones desarrolladas en los Estados Unidos con mujeres de diferentes contextos culturales y orígenes étnicos - caucásicas, asiáticas, afroamericanas y latinas- así como en países en vías de desarrollo de los diferentes continentes, han mostrado diferencias entre unos y otros grupos con respecto a las apreciaciones que se tienen acerca del aborto con medicamentos y en cuanto a las razones para acceder al mismo, aunque, en la mayoría de los casos, se reporta una valoración positiva del procedimiento (Clark y cols., 2000; Winikoff y cols., 1998). La calidad del método, percibida por las mujeres, está asociada entre otras a sus condiciones culturales y socioeconómicas, a las experiencias vividas por ellas, a aspectos inherentes a las cualidades del método, como su efectividad y accesibilidad y a aspectos subjetivos como lo son los factores de personalidad según el análisis de 12 estudios sobre el tema desarrollado por Winikoff (1995).

Los hallazgos de varios estudios acerca de las valoraciones y percepciones de las mujeres sobre el método de interrupción del embarazo con medicamentos en culturas de diferentes continentes, indican que para quienes lo han experimentado priman aspectos relacionados con el hecho de que, en contraposición al método quirúrgico, el aborto con medicamentos ofrece menos riesgos, evita la cirugía y vivencias indeseadas como el dolor y el sometimiento a procedimientos invasivos, es más sencillo, y más natural (Winikoff, 1995; Billings, 2004).



Elul y sus colaboradoras (2000) hallaron que las participantes de un grupo de 22 mujeres estudiado por ellas en Nueva York, cuando describieron sus experiencias físicas, resaltaron que los efectos colaterales fueron más tolerables en sus hogares, con el apoyo de sus redes afectivas. Según este estudio, uno de los pocos trabajos hallados en la literatura sobre el aborto con medicamentos que describen las experiencias de las mujeres a nivel cualitativo, algunas de ellas, que habían vivido experiencias previas de aborto quirúrgico, hallaron el procedimiento ambulatorio con medicamentos como menos doloroso. Durante la espera de los resultados del procedimiento, las mujeres prepararon el entorno y buscaron permanecer en reposo así como trataron de hallar formas de distraerse, o se durmieron.

Como efectos colaterales, las mujeres entrevistadas mencionan en especial la presentación de cólicos y de sangrado fuerte. Este aspecto es corroborado por otros estudios realizados en Europa y en países en

vías de desarrollo tanto del África como del Asia (Nguyen Thi Nhu Ngoc y cols., 1999; Abdel-Aziz y cols., 2004; Hamoda y cols., 2004).

Abdel -Aziz E y sus colaboradores (2004) manifiestan que el dolor es el principal reto que debe enfrentar el aborto con medicamentos y que de la disponibilidad de las medicinas apropiadas, del entrenamiento de los proveedores y de la valoración y comprensión que se tenga del dolor que viven las mujeres, depende el que sea posible enfrentar esta realidad. Hamoda y su equipo (2004), por su parte, establecieron, en un estudio realizado en Escocia, que tuvo en cuenta 4.300 casos, que el 72% de las mujeres que habían experimentado el aborto con medicamentos requerían analgésicos siendo, sobre todo, las mujeres con menor edad y mayor tiempo de gestación, mientras aquellas que ya habían tenido partos alguna vez fueron menos tendientes a requerirla.

EL ABORTO CON MEDICAMENTOS EN LA INVESTIGACIÓN



Varios autores reportan, al igual que lo han hecho Elul y su equipo, que las mujeres bajo supervisión médica, prefieren vivir el proceso de manera auto-administrada, en sus propios hogares, acompañadas por las personas que hacen parte de sus redes afectivas, más que dentro del entorno de los centros o instituciones de salud (Blum y cols., 1994; Nguyen Thi Nhu Ngoc y cols., 2004)

Fielding y sus colaboradores (2002), por su parte, en un análisis cualitativo sobre las experiencias de las mujeres, observaron que el nivel de ansiedad mostrado por ellas antes de la vivencia del procedimiento tendía a descender en la medida en que se veían enfrentadas a la experiencia, siendo mínimo una vez ésta había tenido lugar.

Este método de interrupción aparece como una alternativa frente a la necesidad de reducir la mortalidad materna y la morbilidad asociadas a la clandestinidad e ilegalidad del aborto en la mayoría de países de América Latina. Hay evidencia del creciente uso de este procedimiento de interrupción del embarazo en los diferentes países de la región bien sea bajo supervisión médica o mediante la adquisición de medicamentos en farmacias o a través de vendedores informales, de acuerdo con estudios que lo han reportado (Ferrando, 2002; Rodríguez, 2004; Espinoza y cols., 2004; Lara y cols., 2004)

Dentro de la literatura especializada, son escasos los estudios realizados con mujeres en América Latina, con excepción de Cuba y el Brasil. Dentro de los pocos estudios llevados a cabo en países de la región donde el aborto es ilegal, se reporta el trabajo cualitativo Chávez y Britt-Coe (2002) en cuyos resultados esta-

blecieron que quienes acceden al método en el Perú son a menudo las adolescentes y las mujeres más jóvenes. La decisión de abortar estuvo asociada sobre todo a las personas significativas en las vidas de las mujeres. El método representa para las mujeres entrevistadas por estas autoras, una forma de mantener el control sobre su experiencia de aborto, además de que les resulta menos costoso. El aborto con medicamentos es valorado positivamente por parte de las mujeres quienes por lo general lo recomendarían a una amiga, dado el caso.

La certeza de su importancia y de su pertinencia motivó el desarrollo de este estudio que hemos planteado desde una perspectiva cualitativa dado que se trata de una realidad muy poco explorada en la región. Hemos tenido en consideración esta revisión como marco de nuestro trabajo y a partir de la misma hemos seleccionado algunos estudios que nos ofrecieron un referente conceptual, orientando posteriormente nuestro análisis.







La investigación cualitativa en salud

Cuando en el campo de la investigación en salud se desea explorar y comprender una realidad más que describirla, cuando se trata de cualificar servicios y metodologías y cuando es importante comprender los contextos donde se dan ciertas leyes y políticas, la investigación cualitativa aparece como una valiosa opción, tal cual lo expresan Ulin y colaboradoras (2002) quienes se han dado a la tarea de promover esta metodología dentro de la salud sexual y reproductiva.

De acuerdo con el planteamiento de Nigenda y Langer (2002) se reconoce como problema prioritario de investigación la necesidad de entender la forma en que las poblaciones traducen la información que los profesionales y las instituciones de salud les ofrecen así como en qué medida esta información guía la búsqueda de atención médica. Para los autores, los métodos cualitativos contribuyen a entender e interpretar fenómenos complejos, antes que proceder a su cuantificación.

El interés por realizar un acercamiento que permita reconocer cómo viven y cómo perciben su experiencia con el aborto con medicamentos las mujeres de cuatro países de América Latina, ha conducido la construcción de un proceso donde los aspectos culturales ocupan un lugar primordial en el análisis.

Partimos de considerar el aborto con medicamentos como una experiencia compleja, multicausal, en cuya construcción convergen entre otros, factores culturales, sociodemográficos y psicosociales y donde es necesario atender no sólo a los referentes colectivos sino también y de manera particular a la subjetividad propia de las mujeres que lo han experimentado.

Edgar Morin (1995) al explicar el paradigma de la complejidad plantea que para comprender el todo es necesario ir a las partes y viceversa en un permanente proceso de retroalimentación. Desde esta perspectiva, la investigación se constituye en un proceso dinámico y permanente de análisis y de síntesis.

Comprender el sentido de las acciones humanas es uno de los empeños fundamentales de la investigación cualitativa, expresan Denman y Haro (2002) quienes consideran que la dicotomía entre los modelos cuantitativos y los cualitativos en la investigación es relativa y no siempre obedece a tensiones de carácter político e ideológico como se plantea comúnmente. Para estos autores, una buena integración de ambos modelos es posible y puede fortalecer los procesos de interpretación. En el estudio que hemos realizado, mediante un riguroso proceso de análisis e interpretación, se ha ido de lo estrictamente cualitativo a lo cuantitativo y viceversa y ha sido posible obtener también datos descriptivos que permiten la contrastación con otros estudios sobre el tema.

Las entrevistas a profundidad según el planteamiento de Bonilla y Rodríguez (1997) “son el instrumento más adecuado en investigación cualitativa cuando lo que opinan los informantes puede considerarse representativo del conocimiento cultural compartido por el grupo en cuestión”. En este trabajo, se ha considerado pertinente hacer uso de la entrevista a profundidad como instrumento, a partir de la necesidad de reconstruir dimensiones culturales que ingresan profundamente en la subjetividad.

La propuesta conceptual que ha conducido este trayecto se enmarca dentro del construccionismo social cuyos planteamientos epistemológicos llevan a concebir el sujeto social como constructor de su historia y la investigación cualitativa como una forma sistemática de acercamiento a los procesos de construcción del sujeto dentro de un contexto cultural (Gergen, 1996).

Desde el construccionismo social, se considera la narración como un proceso interviniente en la producción de significados del dar cuenta del mundo, por medio de la acción del lenguaje. Las acciones diarias del ser humano se ven sumergidas en un espacio de interacción con el otro, interacción que lleva implícito el diálogo, la comunicación, la necesidad de expresión, el contar, el relatar. Para Goolishian y Winderman (1989) relatar es un modo de describir un momento en la vida a partir de la palabra, así como también es un modo de abordar esta realidad.

La persona “edita” permanentemente su propia realidad a partir de las nuevas perspectivas que le provee la posibilidad interactiva. De esta forma se generan cambios en la manera de pensar.

La experiencia adquiere diferente significación para cada cual, de acuerdo con el contexto, con lo vivido, con lo aprendido y con lo proyectado por sí mismo. La construcción que un individuo hace sobre determinada realidad o “imaginario”, es una totalidad elaborada a partir de lo percibido, lo pensado, lo imaginado, lo conocido e incluso lo desconocido que le da significado a un concepto o idea desde la experiencia de cada persona.

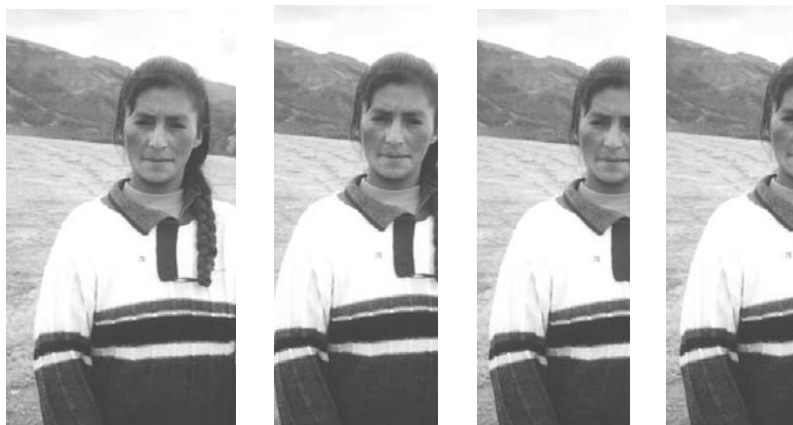


Cuarenta y nueve mujeres relataron sus vivencias del aborto con medicamentos y tuvieron la posibilidad de re-significar su experiencia mediante un diálogo sincero y abierto acerca de sí mismas, de sus relaciones, de sus sentimientos y preocupaciones, de sus percepciones y en particular acerca de lo que para ellas ha significado la interrupción del embarazo con medicamentos y la manera como la comprenden, la elaboran y la valoran. El análisis de estos relatos nos permite adentrarnos en el mundo de los significados y dar cuenta del sentido que tiene la vivencia para las mujeres que nos confiaron sus experiencias y en ellas sus realidades, sus concepciones y su sentir.



Propósito del estudio

Este trabajo se ha realizado con el propósito de aportar a la comprensión de las experiencias de las mujeres con el aborto con medicamentos en América Latina.



Objetivos

Objetivo general

Realizar un análisis cualitativo de las construcciones, percepciones y valoraciones frente a la experiencia de aborto con medicamentos, a partir de los relatos de las mujeres que han interrumpido su embarazo mediante este procedimiento, a la luz de sus condiciones sociodemográficas y de los contextos culturales en los cuales se hallan inmersas en cuatro países latinoamericanos en los cuales el aborto está restringido legalmente - México, Colombia, Ecuador y Perú-.

Objetivos específicos

- Construir una caracterización sociodemográfica de las mujeres participantes en el estudio que permita reconocer el contexto social y cultural en que se desenvuelven y establecer posibles relaciones entre estos factores y las apreciaciones y construcciones que elaboran frente al aborto inducido y al aborto con medicamentos.
- Reconstruir el trayecto o recorrido de las mujeres que abortan con medicamentos desde el análisis de tres momentos: la decisión, la experiencia misma y la valoración posterior de la vivencia.
- Realizar una aproximación hacia los argumentos de las mujeres asociados a la interrupción del embarazo y hacia las construcciones culturales que realizan sobre el aborto y sobre el método de interrupción con medicamentos.

Método

Participantes

El grupo de participantes estuvo constituido por 49 mujeres de origen urbano y rural, entre los 18 y los 44 años de edad, quienes habían experimentado de manera reciente- máximo 6 meses- un aborto con medicamentos, bajo supervisión de personal de salud, mediante aplicación intravaginal. Las mujeres tenían menos de 10 semanas de gestación y fueron entrevistadas en México (población urbana y población rural indígena), Colombia (población urbana), Perú (población urbana/migrantes) y Ecuador (población urbana andina y población urbana litoral). Las participantes, todas voluntarias, dieron su consentimiento autorizando el uso de las entrevistas realizadas, para efectos de esta investigación. Los nombres fueron cambiados para proteger su identidad.

Instrumento

Para la ejecución del estudio se tuvo en cuenta una entrevista a profundidad la cual, adicionalmente, recogió datos sociodemográficos y psicosociales que permitieron una caracterización del grupo de participantes en el estudio. La entrevista, llevó a las mujeres a construir un relato o narración desde tres momentos dentro del trayecto inherente al aborto: la decisión, la experiencia y la valoración de la misma. Este diálogo fue grabado y luego transcrito.

El instrumento se construyó a partir de los marcos teórico, conceptual y metodológico desarrollados previamente. El instrumento definitivo fue co-construido por parte de los pares responsables de la investigación y sometido a discusión con las investigadoras que condujeron el trabajo de campo, en un encuentro previo realizado con el fin de llegar a acuerdos conceptuales y metodológicos relacionados con el estudio. Una vez elaborada una primera propuesta, se



llevó a cabo una prueba del instrumento en cada país, encontrando pertinente el cuestionario para los diferentes contextos culturales. Realizados los ajustes finales, se inició el proceso definitivo de recolección de información.

Análisis de Resultados

Con el fin de aportarle confiabilidad al análisis de resultados, se procedió a realizar un proceso simultáneo de análisis por parte de investigadores independientes, con el apoyo del software Atlas Ti.

La etapa destinada a construir la matriz de análisis tuvo dos momentos particulares. Un primer momento consistió en el análisis de contenido de 12 entrevistas (2 de cada contexto) elegidas al azar. Con fundamento en este ejercicio se procedió a la elaboración de un primer borrador por parte de los pares de investigación. En el segundo momento se procedió a establecer una estructura definitiva de manera conjunta mediante acuerdo entre los investigadores.

Una vez se contó con la estructura, se procedió a la codificación de las entrevistas de manera paralela por parte de los pares de investigación quienes nuevamente establecieron acuerdos con respecto a las codificaciones elaboradas.

A continuación, se procedió a realizar un proceso de análisis de tipo descriptivo que orientó el análisis cualitativo y finalmente se procedió a la interpretación de los resultados.

PRINCIPALES HALLAZGOS

5



Tal cual lo observaban McIntyre y sus compañeras de la Universidad de Calgary (2001) cada historia de aborto es única y en ella concurren no sólo aspectos culturales y sociales sino factores que hacen referencia a la historia personal y al sentido que la pareja y la maternidad tienen para cada mujer.

Los relatos que hemos analizado nos describen cómo se vive el aborto con medicamentos en cuatro países de América Latina y como tal nos ubican en un contexto particular de la experiencia de interrupción del embarazo.

Reconociendo que se trata de un hecho en que convergen múltiples coordenadas pero atendiendo a la necesidad de detectar posibles tendencias y de descubrir también peculiaridades y marginalidades -que nos recuerdan que estamos tratando con la diversidad- hemos realizado una labor de ordenamiento, de descripción y de análisis interpretativo de las 49 experiencias que nos han confiado, desde diferentes perspectivas, buscando servir de vehículos para que de una u otra manera esas múltiples voces sean tenidas en consideración.

El poder contar con un número relativamente amplio de casos y de abarcar en ellos diversos grupos sociales, diversas procedencias y situaciones, motivó la realización de un proceso de análisis en que los datos descriptivos ayudaron a orientar el recorrido, intentando hallar puntos de convergencia y de divergencia y permitiendo contar con la rigurosidad metodológica requerida.

Dadas las características del estudio, no es posible hablar de aleatoriedad de la muestra, razón por la cual no podemos generalizar los datos para dar cuenta de la distribución estadística a nivel demográfico de las mujeres que hacen uso de la interrupción del embarazo con medicamentos en los diferentes países. No obstante, podemos hablar de diversidad en cuanto a contextos culturales, a niveles económicos y educativos, a procedencia urbana o rural, a

estilos de vida y, a partir de todo esto, a formas de pensar, lo que nos ofrece un panorama interesante y nos permite, al enlazar y al contrastar los datos, dibujar una realidad.

Veamos ahora qué quedó en claro luego de este recorrido a lo largo de las experiencias de 49 mujeres, que tienen en común el pertenecer a grupos culturales de América Latina, donde se comparten problemas como la pobreza de amplios sectores de la población y el patriarcado como orden cultural en la construcción de las relaciones de género. Se trata igualmente, de países donde persisten formas culturales sincréticas en que coexisten raíces indígenas muy arraigadas -sobre todo en los grupos sociales de más escasos recursos económicos- y una marcada herencia hispánica de tradición católica.

EL CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO: CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO DE PARTICIPANTES

Aspectos sociodemográficos

En este estudio participaron 49 mujeres entre los 18 y los 44 años. Se observa dentro del grupo de participantes que 29 de ellas están entre los 18 y los 25 años mientras las restantes tienen entre 26 y 44 años, siendo la media de 23 años. Una revisión mediante pares, a partir de criterios como el nivel de ingresos, la escolaridad, la ocupación, el lugar de habitación y los servicios públicos disponibles, permitió a los investigadores ubicar a las mujeres en dos grupos socioeconómicos: estrato bajo y estrato medio. Veamos cómo se distribuye la muestra, por países y contextos culturales:

TABLA N° 1

Participantes por países y contextos

PAÍSES	MÉXICO		COLOMBIA	ECUADOR		PERÚ
CONTEXTOS	RURAL INDÍGENA	URBANO	URBANO	URBANO LITORAL	URBANO ANDINO	URBANO/ MIGRANTES
NÚMERO POR CONTEXTO	6	9	11	5	6	12
TOTAL POR PAÍS	15		11	11		12

Como ya se ha especificado, las mujeres fueron abordadas en 6 contextos de los 4 países con el fin de contar con un marco amplio desde el punto de vista social y cultural y con

ello con mayor diversidad de realidades. Estos son los datos relativos a la distribución de la muestra por estrato:

TABLA N° 2

Participantes por estrato socioeconómico, según países y contextos

PAÍSES	MÉXICO		COLOMBIA	ECUADOR		PERÚ	TOTAL
CONTEXTOS	RURAL INDÍGENA	URBANO	URBANO	URBANO LITORAL	URBANO INDÍGENA	URBANO/ MIGRANTES	
ESTRATO MEDIO	1	8	10	2	2	3	26
ESTRATO BAJO	5	1	1	3	4	9	23
TOTAL	6	9	11	5	6	12	49

PRINCIPALES HALLAZGOS

5



Al analizar los datos, desde el punto de vista socioeconómico se observa que 23 de las 49 mujeres entrevistadas provienen de familias de escasos recursos económicos. Algunas de estas participantes -en especial del Perú- son migrantes y habitantes de asentamientos suburbanos donde es común la carencia de servicios públicos como el agua y el alcantarillado y donde las familias, la mayoría de ellas extensas, viven en condiciones particularmente difíciles. Pertenecen a este grupo también, mujeres que provienen de zonas rurales indígenas de México donde es común que el piso de las viviendas sea de tierra y se cuente con letrinas en lugar de baños dotados. En muchas ocasiones se trata de casas elaboradas con materiales de poca resistencia, constituidas por dos espacios diferenciados que son la zona de habitación -con máximo dos cuartos- y la cocina, estando el baño al exterior de la vivienda.

A nivel urbano, es común observar que las familias de menos recursos económicos vivan dentro del sistema de inquilinato, donde comparten servicios como cocina y baño con otras familias. Se ven reducidas por lo general a hacer uso de un solo cuarto donde suelen dormir todos los integrantes de la familia.

De otra parte, 26 de las participantes en el estudio son mujeres de estratos medios. Este panorama, más común en las participantes de los contextos urbanos de México y Colombia, nos muestra unas mejores perspectivas en cuanto al espacio físico en que se desenvuelven las familias, con todos los servicios, por lo general y con lugares de habitación que ofrecen mayores posibilidades de independencia y privacidad. Quienes viven en pareja suelen habitar

de manera independiente con respecto a sus familias de origen.



Vemos que, para este estudio, el Perú y el Ecuador están representados por grupos con mayor presencia de mujeres de escasos recursos económicos. En el caso de la zona rural de México, igualmente, se encuentran, con mayor frecuencia, mujeres en condiciones de pobreza mientras que en los grupos urbanos de México y Colombia se observa más tendencia de las mujeres a pertenecer a sectores de la clase media. Las diferencias en cuanto a las experiencias de las mujeres debidas a la pertenencia a unos y otros grupos socioeconómicos motivan el desarrollo de posteriores estudios sobre el método. Respecto de sus niveles educativos, encontramos la siguiente distribución al interior de la muestra:

TABLA No 3

Distribución por niveles educativos

PAÍSES	MÉXICO		COLOMBIA	ECUADOR		PERÚ	TOTAL
	RURAL INDÍGENA	URBANO	URBANO	URBANO LITORAL	URBANO ANDINO	URBANO/ MIGRANTES	
PRIMARIA	4	0	0	1	1	1	7
SECUNDARIA	1	0	1	1	2	5	10
SUPERIOR	0	9	9	3	3	6	30
PROFESIONAL	1	0	1	0	0	0	2

Los datos nos muestran que son bastante más altos los niveles educativos en las zonas urbanas donde hay más presencia de mujeres de estratos medios. Predomina en el grupo, el acceso a la educación superior aunque sólo 2 del total de las mujeres participantes en el estudio son profesionales. De igual manera, se

observa que los niveles más bajos de educación formal son los de las mujeres rurales -indígenas- mexicanas, mientras, en contraste, todas las 9 mujeres urbanas del grupo de México han accedido a la universidad. En cuanto a la ocupación de las mujeres, se halló la siguiente distribución:

TABLA No 4

Distribución por Ocupación

OCUPACIÓN	TOTAL
TRABAJAN FUERA DEL HOGAR	17
ESTUDIAN	7
TRABAJAN Y ESTUDIAN	11
SE DEDICAN AL HOGAR	12

Un poco más de la mitad de las mujeres cuentan con trabajo remunerado mientras 19 no cuentan con él. Como podemos apreciar, es significativo el número de mujeres que trabajan y estudian a la vez, muchas de las cuales también atienden a sus hijos en el hogar. Estas mujeres en su mayoría provienen de la clase media y habitan en las zonas urbanas de México y de Colombia.

PRINCIPALES HALLAZGOS

5



Así comenta su realidad cotidiana Magdalena, habitante urbana de México -29 años- quien realiza las tres labores:

Ya me adapté mas bien en el córrele, córrele, porque vas por tu niño, vas allá y vas por todos lados...

Las mujeres de las zonas rurales se dedican con más frecuencia al trabajo dentro del hogar- que incluyen el cuidado de animales, entre otras actividades- mientras quienes pertenecen a grupos de mejores condiciones socioeconómicas suelen ser estudiantes o llevan a cabo labores formales con frecuencia en el ramo de los servicios en que son comunes las actividades de oficina, las de cuidado y las de atención al público. Las mujeres de escasos recursos económicos que viven en

la periferia de las ciudades, a menudo combinan su trabajo en el hogar con la realización de actividades en el servicio doméstico y en otras labores de tipo informal y de baja remuneración.

Quienes se dedican al hogar y al cuidado de los niños, por lo común dependen económicamente en un 100% de sus familias o de sus parejas. En lo referente a la toma de decisiones se observa que quienes tienen ingresos propios, tienen mayor educación y viven en el contexto urbano, son más tendientes a manifestar que deciden por si mismas sobre sus asuntos.

Entre las mujeres de más escasos recursos económicos, se percibe un grupo humano inmerso dentro de un sistema patriarcal donde la mujer es altamente dependiente de sus familias y de sus parejas cuando convive con ellas y en todo caso donde la equidad de género tiene poco lugar. Llama la atención que los niveles educativos no son en muchas ocasiones representativos de empoderamiento social y que no es difícil hallar una mujer con varios semestres de universidad dedicada al cuidado de sus hermanos en el hogar.

TABLA No 5

Situación familiar

SITUACIÓN FAMILIAR	VALORES	FRECUENCIA
TIENEN HIJOS PROPIOS	SI	22
	NO	27
CONVIVEN CON LA PAREJA	SI	18
	NO	31

El vínculo de pareja se formaliza en buena parte por la convivencia y tal cual lo establece Martignon (1992), éste juega un papel protagónico dentro del contexto de la decisión y la vivencia del aborto inducido, lo que en este estudio se pudo evidenciar.

Conviven con sus compañeros 18 de las participantes mientras 31 de ellas son mujeres que no conviven en pareja, muchas de las cuales viven con sus familias de origen incluso cuando ya tienen hijos y son madres solteras o están separadas de sus parejas.

Entre las de más escasos recursos económicos es común hallar familias extensas y 7 de las mujeres que participaron de este estudio cuidan niños no propios como sus hermanitos y sobrinos. No es extraño hallar mujeres jóvenes que tienen a cargo su familia completa cuando por ejemplo en el caso del Ecuador es común que las mujeres que son jefas de hogar viajen a otros países, como España, a trabajar y que queden sus hijas o sus hermanas al tanto de los hogares.

Amelia, una joven urbana de la zona andina del Ecuador, de 21 años y madre de una niña de un año y medio, nos relata una de esas historias:

Vivo con el papá de mi hija y con mis hermanos. Yo estoy ¿cómo le digo? estoy a cargo de mis hermanos porque mi mamá está en España. Somos 8, pero yo soy la segunda. Como yo estoy a cargo, mi mamá ya manda para ellos y para mí también. Después de mí, sigue la que tiene 17, de ahí una hermanita que tiene 15, el otro tiene 11, el otro tiene 6, de ahí el otro tiene 4 y mi hermanita que tiene síndrome de Down que tiene 3 años...

Si, es que era algo como entre la espada y la pared porque yo decía: “otra bebé en mi casa y mi hija y mi hermana que todavía no caminan



ni nada, entonces me lo tengo que hacer” y mi marido decía que sí, porque a veces se enferma mi hermanita y me toca llevarla al hospital...

Historia reproductiva y anticonceptiva

La historia reproductiva y anticonceptiva de las mujeres sin duda se asocia a la decisión de inducir el aborto. A continuación, presentamos un cuadro que nos permite visualizar el panorama general por países, desde algunos factores que nos dan cuenta de la historia reproductiva de las mujeres participantes en el estudio.

PRINCIPALES HALLAZGOS

5



TABLA No 6

Historia reproductiva: distribución por países y zonas

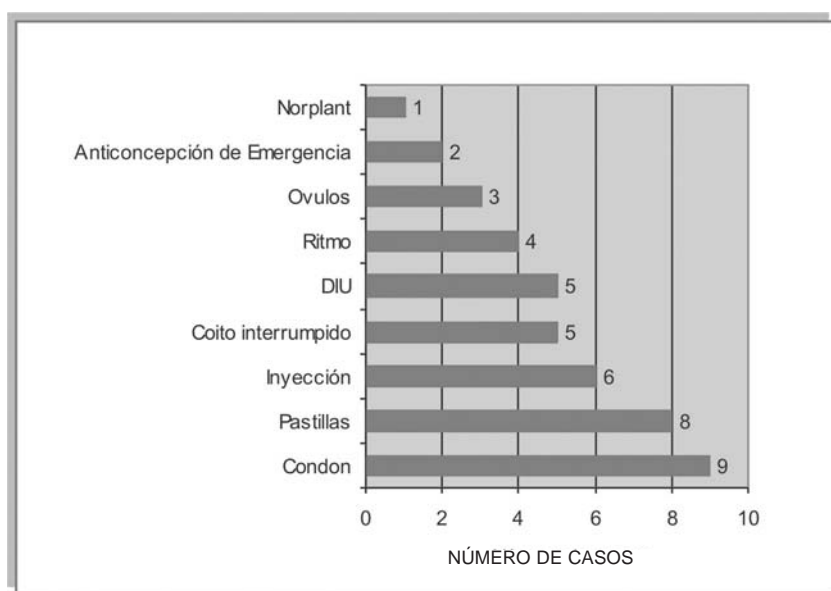
VARIABLES	VALORES	MÉXICO		COLOMBIA	ECUADOR		PERÚ	TOTAL
		RURAL INDÍGENA	URBANA	URBANA	URBANA LITORAL	URBANA ANDINA	URBANA/ MIGRANTES	
MATERNIDAD PREVIA	SÍ	5	3	4	1	2	7	22
	NO	1	6	7	4	4	5	27
	1-2 Hijos	2	3	4	1	2	6	18
	3-4 Hijos	2	0	0	0	0	1	3
	5 ó más Hijos	1	0	0	0	0	0	1
ABORTO PREVIO	SÍ	1	3	4	3	0	3	14
	NO	5	6	7	2	6	9	35
DESEO DE FUTUROS EMBARAZOS	SI	3	7	8	4	5	5	32
	NO	3	2	3	1	1	7	17

Como podemos apreciar, un poco más de la mitad de las mujeres entrevistadas no ha tenido hijos y para tres cuartas partes de ellas éste es su primer aborto. La gran mayoría desea tener hijos hacia el futuro y quienes no tienen ese interés suelen ser quienes ya tienen el número de hijos deseado. Solo dos de las mujeres sin hijos plantearon que no tienen interés en ser madres. De 22 mujeres que son madres 18 tienen máximo dos hijos, siendo el promedio de hijos de quienes son madres de 1.7. Se trata de un grupo de mujeres jóvenes en su gran mayoría, varias de quienes están iniciando su vida reproductiva y anticonceptiva. Si miramos con detenimiento, en el Perú y en la zona rural indígena mexicana se observa con mayor frecuencia que las mujeres son madres (7 de 12 mujeres en Perú y 5 de 6 en México).

En el Ecuador, de 11 mujeres, 3 han tenido hijos y se destaca que en la zona urbana andina de ese país para las 6 mujeres participantes, éste fue su primer aborto. En Colombia -zona urbana- y en la zona urbana de México hallamos perfiles similares, siendo proporcionalmente mayor el número de mujeres que no tienen hijos. Un número de 27 mujeres ha utilizado alguna vez la anticoncepción y en 11 casos ha hecho uso de diferentes métodos. Con respecto al tipo de anticonceptivos utilizados por ellas, veamos las frecuencias observadas:

GRAFICO No 1

Tipo de anticonceptivos utilizados*



* Este gráfico ilustra el tipo de métodos anticonceptivos utilizados por parte de 27 de las mujeres que han usado la anticoncepción en algún momento de su historia sexual y reproductiva. Los datos representan frecuencias pues algunas de ellas reportan que han hecho uso de más de un método a lo largo de sus vidas

La falta de conocimiento sobre la fisiología reproductiva, la falta de apoyo de la pareja para el uso de anticonceptivos, la percepción negativa de los métodos modernos, la preferencia por métodos menos efectivos, el uso incorrecto de los métodos y la idea de que un embarazo es algo que no les va a suceder, inciden en la falta de protección de las mujeres frente al embarazo no deseado (Mora y Villarreal, 1993; Amuchástegui y Rivas, 2002). Veamos lo que plantea Rosa de 26 años quien habita en la zona rural de México:

Al menos en la secundaria, en el tiempo que estuve, nos habían explicado de lo que contienen las inyecciones, las pastillas y entonces yo al mismo tiempo me da miedo utilizarlas porque la verdad... porque dicen que algunas de las pastillas traen hormonas, no las inyecciones, que te pueden afectar. Así puede quedar uno estéril, pero la verdad no sé si estoy bien o estoy mal...

PRINCIPALES HALLAZGOS

5



Quienes viven en pareja, en su mayoría han hecho uso de la anticoncepción alguna vez. La difícil experiencia con algunos de los métodos genera en muchos casos prejuicios frente a la anticoncepción. Veamos lo que expresa al respecto Rocío -de 38 años- habitante de la zona urbana en Colombia:

Me pone maluca el tomar pastas y el dispositivo, que lo utilice en un tiempo, me pone mal. Entonces, no utilizo nada de eso...

Estos son los datos sobre aborto previo reportados por las mujeres en que observamos cómo se presentan sus experiencias a este nivel según países y contextos:

TABLA No 7

Aborto Previo*

PAÍS		MÉXICO		COLOMBIA	ECUADOR		PERÚ	TOTAL
		RURAL INDÍGENA	URBANO	URBANO	URBANO LITORAL	URBANO ANDINO	URBANO/ MIGRANTES	
ABORTOS ESPONTÁNEOS		1	0	1	0	0	0	2
ABORTOS INDUCIDOS	Interrupción quirúrgica	1	4	4	2	0	3	14
	Interrupción con medicamentos	0	0	1	2	0	0	3

*Valor presentado sobre frecuencias de respuesta debido a que algunas mujeres han tenido más de un aborto

Con respecto a las experiencias previas de aborto de 14 mujeres que lo han experimentado, observamos que de una frecuencia de 19 interrupciones, 2 fueron abortos espontáneos y 17 inducidos, de los cuales 14

fueron quirúrgicos y 3 con medicamentos. Es de anotar que algunas mujeres pudieron haberse reservado el informar acerca de este evento en sus vidas.

MOMENTOS DE LA EXPERIENCIA

Con el fin de dar a conocer las experiencias vividas por las mujeres con la interrupción del embarazo con medicamentos, reconstruiremos tres momentos del recorrido realizado por ellas: la decisión; la experiencia con el método a partir del inicio del procedimiento hasta la situación post-aborto y un último momento, que da cuenta del presente, en que nos referimos a las valoraciones que las mujeres hacen frente a la experiencia, al aborto y al método y se re-crea el sentido que las vivencias han tenido para ellas.

I. La decisión:

Circunstancias del Embarazo

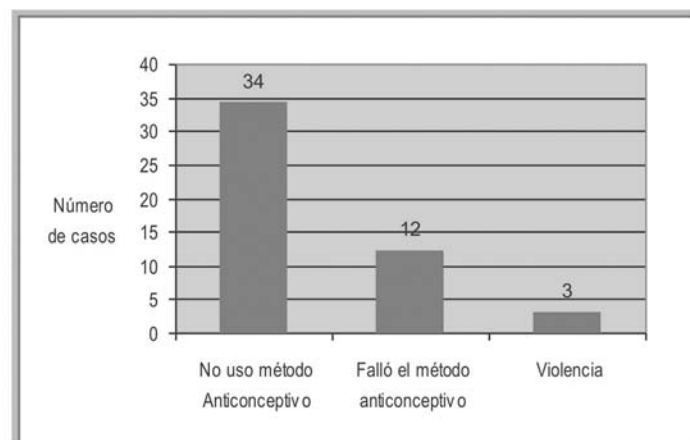
Tal cual se ha argumentado en algunos análisis, con frecuencia las mujeres no cuentan con la posibilidad de adecuar un método anticonceptivo a sus condiciones y necesidades y este aspecto las predispone a permanecer desprotegidas frente a la posibilidad de un embarazo; existe también evidencia de que los métodos anticonceptivos pueden fallar y por último se pueden presentar situaciones fortuitas de violencia que pueden llevar a las mujeres a un embarazo.



Detengámonos a través de la siguiente gráfica en las circunstancias en que se presentó el embarazo, según lo reportado por las mujeres entrevistadas:

GRAFICO No 2

Circunstancias del Embarazo



PRINCIPALES HALLAZGOS

5



Un número de 34 mujeres de las 49 que participaron en este estudio no estaban haciendo uso de métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales cuando quedaron embarazadas. Dentro de este contexto se observaron tres situaciones predominantes. La primera, se refiere a que las mujeres que venían utilizando métodos anticonceptivos estaban atravesando momentos de transición -o bien buscando opciones anticonceptivas más favorables o bien porque habían dejado de usarlos dado que se hallaban distanciadas de su pareja - son varios los casos en que se dio un reencuentro cuando la mujer había dejado de hacer uso de la anticoncepción.

La segunda situación se presenta cuando, según ellas lo manifiestan, sus parejas tenían bajo su responsabilidad el manejo de la anticoncepción y no lo asumieron. No les es fácil a ellas en ocasiones tomar una posición firme frente a sus parejas en este sentido, como lo evidencia este relato de Sara- 19 años- estudiante peruana:

El no se cuida, no quiere cuidarse, o sea se pone el condón y se lo quita. Yo me di cuenta de eso recién en el último mes. Tuvimos una pelea muy fuerte por eso y me dijo que él si quiere tener hijitos, yo no...A pesar de eso no quiso cuidarse y ahora siento que todo el peso me lo deja a mí, prácticamente...

La tercera situación es aquella en que las mujeres entrevistadas relataron que quedaron embarazadas en un acto de “irresponsabilidad propia” frente a lo cual se lamentan, como lo hace Valeria de 23 años que habita en la zona urbana de México:

Yo no quería porque ahí si me eché toda la culpa, yo decía: “Es que... ¡cómo! ¡eres tonta!.... ¿cómo es posible que al mes de iniciar una relación te embaraces? O sea ¿cómo es posible que ya te había pasado y ahora otra vez? Usaste lo mismo que la vez anterior y saliste embarazada”.

Ese sentimiento se observa sobre todo en mujeres urbanas de México y Colombia, quienes asumen que el problema de la anticoncepción es algo que les compete a ellas nada más.

Se observó también que algunas mujeres-sobre todo las muy jóvenes- no han asumido la anticoncepción como una necesidad y que ante la insistencia de sus parejas en tener relaciones sexuales corren el riesgo sin una conciencia de lo que ésto puede significar.



En 12 casos, las mujeres entrevistadas estaban haciendo uso de métodos anticonceptivos que fracasaron. Mencionan el condón, la anticoncepción de emergencia, las pastillas, mientras una expresó que estaba en periodo no fértil por estar lactando. Se incluye en el grupo una mujer que fue víctima de engaño ya que su pareja le aseguró que estaba utilizando una “inyección masculina”, lo cual le hizo tener el convencimiento de contar con protección. Esto comenta Judith, una mujer de 23 años que convive con su pareja y con su hijito de un año en la zona urbana del Perú y a quien su método le falló:

Yo le dije a la doctora: “¿por qué estoy embarazada si estoy tomando mis pastillas todos los días?” ella me explicó que así pasa. Yo me puse mal desde que me dijo que estaba embarazada...

Se observa, por otra parte, que algunos de los métodos anticonceptivos con frecuencia no han sido utilizados con la regularidad requerida por parte de varias de las mujeres, como es el caso de la inyección cuya aplicación en las fechas necesarias es olvidada por algunas de ellas.

Tres de las mujeres entrevistadas quedaron embarazadas como producto de situaciones de violencia sexual. Dos de ellas provienen del Perú: una, fue víctima de maltrato conyugal y la otra fue forzada por su novio a tener su primera relación sexual. Además, se presentó el caso de una joven de la zona rural de México, de 18 años, que fue víctima de explotación sexual. Alba, una joven peruana, de 25 años, ya no vive con su marido, pero él, en ocasiones, bajo el efecto del alcohol, llega a su casa y la maltrata delante de sus hijos y abusa de ella sexualmente; así lo narró:

Él me agarró por la fuerza cuando estaba mareado y yo le dije: ¡suéltame!



Cuando él viene no le importan mis hijitos, cuando está borracho hace a la fuerza, habla lisuras...cuando siento que va a venir, me agarran los nervios...

Las razones para interrumpir el embarazo:

La ausencia de su menstruación fue el indicio que llevó a la mayoría de las mujeres a buscar la confirmación médica del embarazo. No obstante, varias de las entrevistadas mencionan que presentaron síntomas que ellas interpretaron como signos de embarazo tales como agrandamiento de los pezones, mareos, náuseas y otros cambios corporales.

El embarazo fue recibido con una mezcla de alegría y preocupación en varias de las mujeres quienes dudaron y vivieron por lo general un difícil proceso de toma de decisiones antes de optar por la interrupción. Varias estuvieron a la expectativa de lo que su pareja pudiese pensar; otras, por el contrario, no dudaron un momento en tomar la decisión y bien fuese con el apoyo de su pareja o no, siguieron adelante con su propósito. Por ejemplo, a María Claudia, de 20 años, quien vive en la zona urbana litoral del Ecuador, le sucedió que su novio “la traicionó” al incumplir su promesa de poner en práctica el coito interrumpido y la reacción de ella al verse embarazada fue buscar de inmediato la interrupción:

PRINCIPALES HALLAZGOS

5



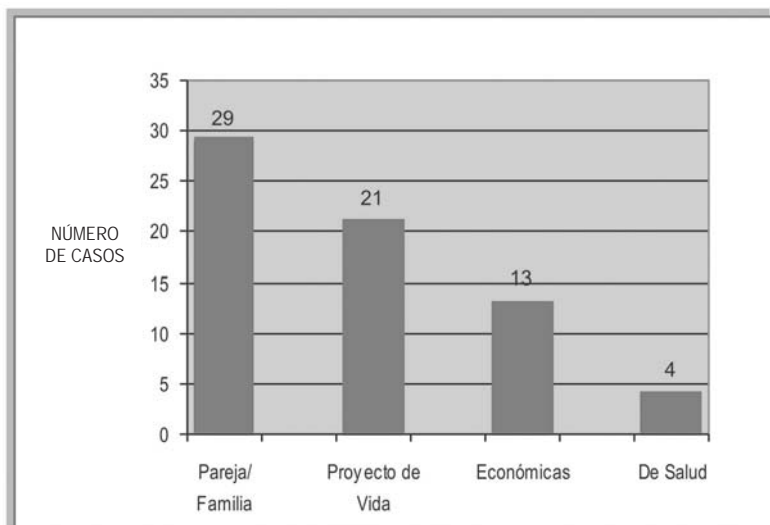
¡Uy! ¡me quería morir! lo primero que pensé fue abortar ya, y no quería tener un hijo de él, me metí esa idea en la cabeza tanto que yo no vi nada que me decían, mis amigas me decían que no...

Al verse embarazadas varias mujeres lo comunicaron a sus parejas mientras otras lo hicieron a sus amigas más cercanas o a sus familias de origen. Algunas guardaron en reserva esta situación. Ante su decisión de abortar, no siempre hallaron quién les ofreciese comprensión. Sucedió que sus amigas y sus familiares en muchas ocasiones se manifestaron abiertamente en contra de la intención de ellas de interrumpir el embarazo, aunque más adelante las acompañasen en el proceso. Una mirada de desaprobación tuvo que enfrentar más de una a lo largo de la experiencia, sobre todo en el Ecuador y el Perú.

Estas son a nivel gráfico las razones para interrumpir el embarazo expresadas por las mujeres:

GRAFICO No 3

Razones para interrumpir el embarazo*



* A menudo las mujeres argumentan más de una razón para abortar.

Las razones que aducen las mujeres para decidir interrumpir el embarazo se relacionan en primer lugar con aspectos que involucran a las personas significativas en sus vidas como son su pareja, su familia y de manera particular sus hijos u otros niños que aún están criando. También cuentan los aspectos de tipo económico, la consideración de que el embarazo afectaría su proyecto de vida y su estado de salud. Chávez y Britt-Coe (2002) al igual que Mora (2004) hallaron similares resultados cuando las personas significativas aparecieron como algo primordial en relación con la toma de decisiones sobre el aborto. Según Bankole y cols.(1998), estas razones se asocian a las limitaciones de las mujeres para determinar y controlar las circunstancias que rodean sus vidas. Estos son, en orden de prioridades, los argumentos más frecuentes a partir de los cuales las mujeres justifican la decisión de abortar. En ellos involucran los valores culturales que, desde su perspectiva, definen la pertinencia o no de la maternidad, en el momento que están viviendo:

- A un hijo hay que tener qué ofrecerle
- Se necesita estabilidad económica y laboral para traer un niño al mundo
- Se requiere contar con tiempo para atenderlo, para dedicarse a él
- Se requiere contar con una pareja estable
- Una mujer debe ser madre cuando haya construido su proyecto de vida
- Tener un hijo es un asunto de dos y es necesario contar con un padre que responda
- Tener un hijo es responsabilidad y sacrificio
- El madresolterismo causa muchos conflictos a las mujeres
- Hay presiones familiares que obligan a las mujeres a ver un hijo como un problema o como alguien que le va a arruinar la vida
- Tener un hijo es una decisión y es un derecho de las mujeres asumirla

Garantizar a sus hijos la calidad de vida, resume la posición de varias de las mujeres frente al hecho de ser o no madres en este momento de sus vidas. Contar con unas condiciones favorables desde el punto de vista económico, social y emocional es el ideal que han construido varias de las mujeres frente a la maternidad en sus vidas. Muy claro lo expresa Isabel de 20 años quien vive en el litoral ecuatoriano:

Uno quiere tenerlo, lo que pasa es que yo no puedo todavía porque en mi cabeza hay otras cosas, yo me quiero casar, quiero estudiar, yo no quiero que mañana, más tarde, tenga que vivir en un lugar que no es apropiado, entonces quiero surgir y desgraciadamente he pasado por todo eso, porque no he sabido utilizar la cabeza.

La situación de la relación de pareja se presenta en el gráfico que vemos a continuación.

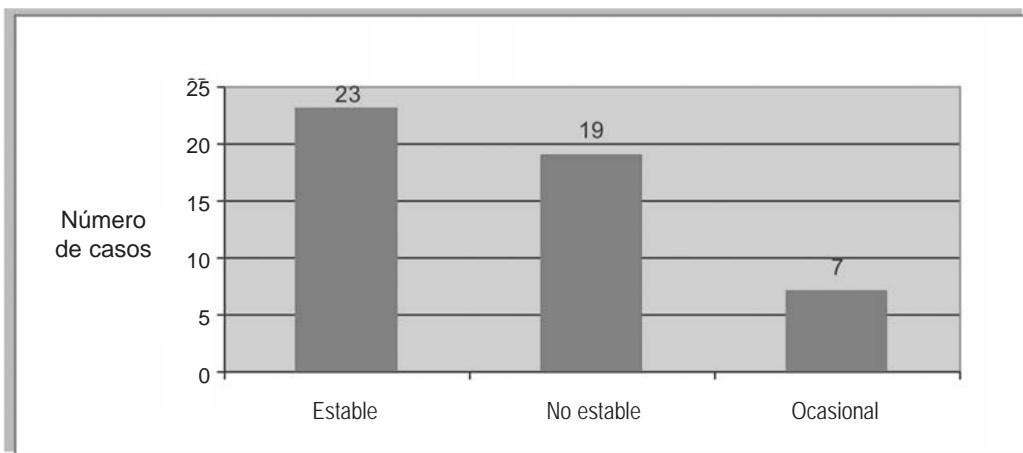
Al observar la calidad de la relación de pareja, se evidencia que en 26 casos se trata de relaciones no estables o de relaciones casuales. La falta de estabilidad de la relación, el que es aún incipiente, el que a la pareja no se le vean perspectivas de poder o de querer construir con ellas el proyecto de tener un hijo, son aspectos que suscitan la decisión de no continuar el embarazo.

El que no se cuente con el apoyo de la pareja o el que se reciba rechazo de su parte es una de las razones primordiales que llevan a las mujeres a decidir la interrupción. Ginna, de la zona urbana andina del Ecuador, con 25 años trae a colación ese doloroso escenario en que el varón se desentiende del embarazo y deja a la mujer afrontando sola su conflicto:

Él me dijo que no era de él y que yo sabría lo que tenía que hacer y que ya con él hasta ahí...

GRÁFICO No 4

Estado de la Relación





Cuando la relación es estable, con mayor frecuencia las mujeres deciden el aborto de acuerdo con su pareja. En este estudio, se evidenció que la decisión fue tomada en conjunto en más de la mitad de los casos (28). Son, en este caso, la situación económica, el proyecto de vida -de alguno de los dos o de ambos- o razones de salud las que más frecuentemente se manifiestan como antecedentes de la decisión. Lorena, estudiante procedente de la zona urbana de Colombia, nos refiere, lo siguiente:

En ese momento junto con él, porque lo supimos al mismo tiempo, pensamos en tenerlo. Cabía la posibilidad de tenerlo, pero pensábamos que mejor más adelante.

Dentro de los 21 casos en que no se contó con la pareja, se presentaron algunos en que las mujeres asumieron la responsabilidad total frente a la situación, llevando a cabo la interrupción a solas, en particular cuando quisieron evitarle a la pareja un dolor, temieron su rechazo al embarazo o se sintieron avergonzadas por no haber estado utilizando anticonceptivos. Así nos describe sus circunstancias Martha, una secretaria colombiana de 31 años:

No, no lo supo. Porque...no...para mí eso era como obligarlo a él, como...¿cómo le digo yo? eso es como forzar uno las circunstancias.

Puede suceder también que la pareja no esté de acuerdo con continuar el embarazo a pesar de que ellas lo asuman con optimismo. Betty, una mujer peruana, de 25 años, madre de dos hijas, se vio enfrentada a la necesidad de interrumpir el embarazo porque su esposo no estuvo de acuerdo con darle continuidad:

Yo quería tenerlo, pero él me dijo que no. Yo estaba entusiasmada de tenerlo y él me dijo que no. Entonces yo le dije: “si no quieres tenerlo, si no hay entusiasmo de tu parte, entonces no quiero”.

Otra situación compleja se presenta cuando ellas, a sabiendas de que sus parejas insistirían en continuar el embarazo, les ocultan su estado y la posterior interrupción. Ángela vive en la zona urbana de México, tiene 22 años, está criando un hijito pequeño y con su pareja habitan en casa de su familia, que en buena parte los asume económicamente. Ella decidió no hacerle saber a su esposo acerca de su embarazo:

Y pues él se hubiera puesto feliz si yo le hubiera dicho: “¿Sabes qué? Es que estoy embarazada”, pero yo sentía que no era el momento ahorita.

El hecho de que se trate de relaciones que no cuentan con aprobación social o familiar es un antecedente de las razones por las cuales las mujeres deciden acudir a la interrupción del embarazo. En ocasiones los padres de familia influyen de manera directa en la decisión. Eliana, una joven peruana de 18 años y su novio decidieron poner a sus familias al tanto del embarazo y el aborto fue la resultante de la presión ejercida sobre la pareja por parte de los padres de él.

El fue a mi casa con su familia, nosotros no decíamos nada. Allí hablaron, hablaron y hablaron. En la conversación me preguntaron que si yo podía abortar, yo no sabía qué responder...

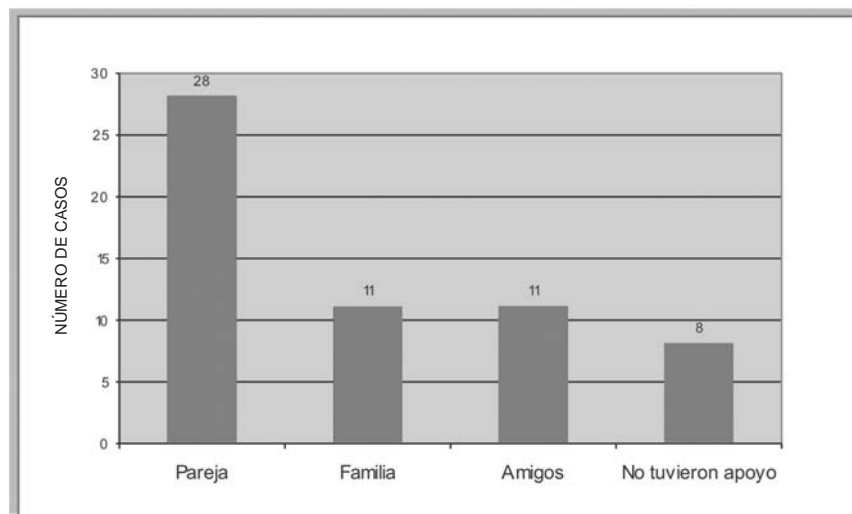


Tal cual lo estableció en su investigación sobre el aborto inducido Cardich (1993), la presencia o ausencia de la pareja y la calidad y el futuro de la relación juegan un importante papel en el momento de decidir un aborto inducido. La continuación de un proyecto de vida, el temor a la familia, la carencia de recursos económicos, los problemas de salud, son antecedentes del aborto inducido que igualmente hicieron parte de los hallazgos de la autora y que este trabajo pudo corroborar. Mora y Villarreal (1995) en su trabajo sobre el aborto inducido en Colombia también encontraron estos factores, de los cuales la continuación del proyecto de vida ocupó un primer lugar.

En este gráfico vemos las frecuencias observadas en cuanto a quiénes apoyaron a las mujeres:

GRÁFICO No 5

Quiénes apoyaron*



*A algunas mujeres las apoyaron varias de sus redes afectivas.

En Colombia en 9 de los 11 casos, las mujeres tuvieron apoyo del compañero mientras en el Perú solo la mitad (6 mujeres) tuvieron su apoyo; en la zona urbana andina del Ecuador, de 6 mujeres contó con su pareja sólo una de ellas; en la zona urbana litoral de ese país, de 5 mujeres, 2 contaron con su compañero y en la zona urbana de México, de 9 mujeres, contaron con éste 5 de ellas mientras ninguna de las 9 participantes contó con su familia de origen. Algunas mujeres entrevistadas no contaron con nadie a su alrededor que pudiese apoyarlas en su vivencia.

Las realidades vividas por las mujeres de más escasos recursos económicos son a menudo muy duras, sobre todo cuando no hallan en su entorno la posibilidad de recibir apoyo, dadas sus condiciones económicas y su difícil realidad. Regresando al caso de Alba, joven peruana de quien ya hemos hablado,



dado que fue víctima de un acto de violencia sexual conyugal cuando sucedió su embarazo, veamos cómo era su circunstancia antes de encontrar a los proveedores que le atendieron:

Yo no quería tener otro hijo y esa tarde, algo tenía que hacer. A mi tía le dije: “me voy a matar”. No sabes qué dolor tenía, a quién dejaba a mis hijitos. Mi madre nunca me ha querido, no es como las demás madres, ella siempre me criticaba, me sentía preocupada, “¿cómo me voy a hacer alcanzar para mis hijos?, ¿con qué los voy a mantener?, ¿con qué les voy a comprar la ropa?”. Me sentía morir.

El suicidio se presenta para algunas mujeres de escasos recursos económicos que no tienen quién las apoye frente a un embarazo indeseado, como una opción ante la desesperada situación que pueden llegar a vivir (Secretaría Distrital de Salud del D.C., 2003).

Un temor muy grande embargó a la mayoría de las mujeres al verse enfrentadas a la realidad de un embarazo no planeado, no deseado o inconveniente y a la necesidad de proceder a interrumpir el embarazo. Vino entonces el proceso de buscar una solución.

Los resultados encontrados a nivel del contexto afectivo, económico y social dentro del cual se da el aborto inducido en los casos tenidos en cuenta, una vez más remiten a plantear que las condiciones, la calidad y las perspectivas de la relación de pareja así como la necesidad de mantener o de no deteriorar la calidad de vida en su hogar, la necesidad de darle

continuidad a su proyecto de vida, la situación económica y el evitar el rechazo social y familiar, son factores que llevan a las mujeres de América Latina a posponer o a regular la procreación y determinan las circunstancias en que el aborto inducido toma lugar, tal cual lo plantean en su análisis a nivel de la región, Espinoza y López-Carrillo (2003).

II La experiencia con el método

Cómo contactaron las mujeres a los proveedores

Antes de lograr la interrupción de su embarazo, 12 mujeres intentaron abortar sin conseguirlo a través de otros métodos o acudiendo a otras personas. Utilizaron las hierbas, en especial la ruda, en 5 casos - sobre todo en la zona rural mexicana y en el Perú- mientras 3 mujeres hablan de que hicieron uso de “Cytotec” y 2 de “una inyección”.

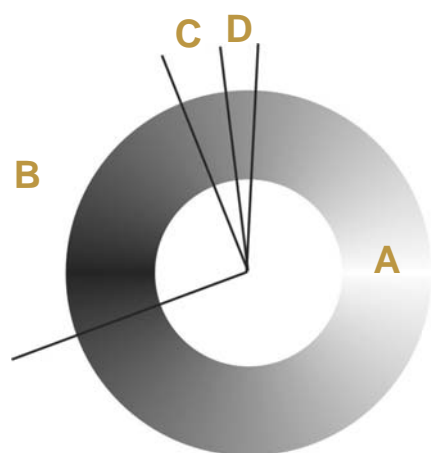
La situación de Mirta, procedente de la zona rural indígena mexicana, con 32 años y cuatro hijos, nos ilustra otro caso en que se observó que la mujer se vio desesperada, pensando en el suicidio como una alternativa. Entre las adversidades que tuvo que enfrentar, a esta mujer le sucedió que las hierbas que tomó para abortar no le dieron resultado y que no logró que le vendieran en la farmacia unas inyecciones que le habían recetado en un primer momento. Finalmente, consiguió la ayuda de los proveedores que la atendieron:

Pues yo estaba pues como muy triste, muy apenada, ella me dijo que no esté yo triste, y “no vayas a pensar tomar remedio veneno porque tienes a tus hijos” , dice, “te voy a buscar yo tu remedio” dice, “pastillas no tengo, pero las voy a conseguir”, dice. Si, ahí fue cuando me conformé un poco, pero más que de por sí no andaba yo contenta. Y cuando me dijo así, que lo va conseguir, ahí que no tenga yo pena, ahí me conformé.

El siguiente gráfico ilustra las rutas a través de las cuales las mujeres hallaron a los proveedores:

GRÁFICO No 6

Como contactaron a los proveedores



Con excepción de las mujeres de la zona rural indígena de México, la mayoría de las participantes había tenido información sobre el aborto quirúrgico, bien fuese por su propia experiencia, por la de alguna persona conocida o por campañas contra el aborto realizadas en sus escuelas o universidades. Acerca de la interrupción con medicamentos, era menor la información. En 15 casos se sabía de la existencia del método pero se trataba de un conocimiento superficial. En tres casos, las mujeres ya habían tenido experiencia con el procedimiento. En general fue a través de los proveedores que tuvieron mayor conocimiento del método.

Al preguntarles acerca de las razones de su elección, las mujeres argumentaron su decisión de utilizar el aborto con medicamentos en términos de no tener un aborto quirúrgico. En Colombia, Ecuador y Perú, las mujeres eligieron el método, sobre todo, por



considerarlo menos doloroso que el quirúrgico. También, las mujeres del Ecuador y Perú hablaron de que el método es menos riesgoso o peligroso que el método quirúrgico. Siendo la mortalidad estimada sobre el aborto no seguro en América Central y en América del Sur, más de 100 veces más alta que la producida por abortos legales en los Estados Unidos, es comprensible que en estos países las mujeres perciban el aborto quirúrgico como peligroso (Bartlett y cols., 2004 y OMS, 2004). Veamos cómo nos comenta Patricia, una joven colombiana, de 25 años, su percepción:

Yo lo que siempre había escuchado es que: aspiraciones. Entonces, ¡miércoles! pero es que esa vaina me parece terrible. Entonces cuando ya le plantean a uno las opciones uno dice: ¡uff! O sea, al menos yo descansé. El quirúrgico, o sea la palabra quirúrgico, siempre ha sido traumática. Entonces, claro, pero uno va con la incertidumbre de que bueno y allá ahora qué me van a decir.

Esta es la imagen que tiene del aborto quirúrgico Catalina de 25 años proveniente de la zona urbana andina del Ecuador quien ha realizado 5 semestres de medicina:

En la facultad han dado películas de aborto con el sistema quirúrgico y yo pienso que es algo feo.

La decisión acerca del método

De acuerdo con los datos obtenidos, la mayoría de las mujeres que accedieron al método tenían 7 semanas o menos de gestación (37 de las 49). La media fue de 7 semanas. Los argumentos que llevaron a las mujeres a elegir la interrupción con medicamentos, según lo reportaron durante la entrevista, fueron los siguientes:

- . Es menos doloroso (16)
- . Miedo a la intervención quirúrgica (11)
- . Más fácil /sencillo (11)
- . Más económico (10)
- . Menos riesgoso/peligroso (6)
- . Más privado/íntimo (6)
- . Recomendación proveedores (5)
- . Menos invasivo (4)
- . Más rápido (3)
- . Más natural (3)
- . Efectivo (3)
- . Poco tiempo de gestación (2)
- . Menos traumático/desgarrador (2)
- . Permite la compañía de redes afectivas (2)

Como podemos observar, la elección que hicieron las mujeres del método se realizó a menudo por contraposición al procedimiento quirúrgico. El que las mujeres lo consideren menos doloroso y el no tener que pasar por la cirugía, parecen ser factores prioritarios en la elección. Varios aspectos se refieren al carácter menos riesgoso que le ven al método y en general a nivel práctico le atribuyen valores como su sencillez, el que preserva su intimidad y privacidad y el que es efectivo. Lo consideran menos costoso, aspecto que juega también un papel importante. Consideran que las favorece más emocionalmente cuando lo ven menos traumático y que facilita el apoyo de sus redes afectivas. En varios casos, lo consideraron confiable por ser los proveedores quienes les recomendaron el método.

Estos datos apoyan aquellos obtenidos por Winikoff y sus colaboradores (1998) en la China, la India y Cuba en que se observó que la razón esgrimida más frecuentemente por parte de las mujeres para elegir un aborto con medicamentos fue el deseo de evitar la cirugía y la anestesia general. De igual forma confirman los hallazgos de Elul y sus colaboradoras (2000) en su estudio realizado en Nueva York quienes establecieron que entre las razones para elegir el método, las mujeres mencionaron su deseo de obviar las posibles complicaciones y efectos colaterales producidos por la cirugía, el evitar la vivencia de un procedimiento que les resulta invasivo así como el hecho de que el procedimiento puede realizarse de manera más temprana que el quirúrgico.



El escenario

Un número de 15 mujeres escogieron como escenario para vivir su proceso de interrupción sus propios hogares mientras 36 realizaron diversos recorridos a partir del momento de la inserción de las pastillas.

Un grupo de 14 mujeres, una vez insertadas las pastillas, continuaron su rutina de trabajo o estudio, mientras buena parte de ellas (35) buscaron la manera de distraerse o de reposar, tendencia que fue hallada también en el estudio realizado por Elul y colaboradoras (2000).

Algunas mujeres se fueron a casa de alguna amiga, de sus novios o de familiares, y también hubo quien salió a la calle a departir con sus amigos. Quienes tenían hijos continuaron por lo general sus labores del hogar y varias atendieron su familia. Durante la espera, un buen número se acostó a dormir -por lo general en su horario regular de la noche- otras vieron televisión, también caminaron (como forma de agilizar el proceso) y alguna más se acostó con su pareja en la cama a esperar el momento de la expulsión. En 28 casos, las mujeres tenían a su alrededor personas que no sabían del hecho, en particular de su familia y, en algunos casos, sus parejas.



La inserción de las pastillas

La dosis recomendada por los proveedores varió de dos a cuatro aplicaciones intravaginales. En 24 casos fueron los proveedores quienes insertaron las pastillas mientras en 18 fueron auto-administradas y en 7 fueron los proveedores en la primera dosis y luego las mujeres. Las instrucciones de los proveedores fueron útiles para las mujeres quienes se concentraron en seguirlas de la manera más fiel posible.

La mayoría de las entrevistadas se encerraron en el baño y ahí se introdujeron las pastillas. Las mujeres en varias ocasiones hablaron de las pastillas como algo similar a los óvulos vaginales o a los tampones en su aplicación. En el Perú, Amparo, de 19 años, nos describe cómo fueron las instrucciones que recibió por parte de los proveedores las cuales siguió luego en su casa:

Me dijo que me pusiera cuatro pastillitas, que me pusiera dos, que me las introdujera en la parte de mi vagina, que las desplace para un costado, y las otras al otro costado, de ahí que me echara y que me tomara un Ibuprofeno y he tomado para el dolor...

Paola, una colombiana, universitaria, de 19 años, le solicitó a su pareja insertar las pastillas. Ésto narró al respecto:

Me sentía bien que él me las colocara, segura, porque sabía que él me las iba a poder introducir bien, mejor a que yo lo hiciera. Entonces, ya él me hizo el favor. Y no, para mi

no fue nada traumático. Antes, me sentía mejor que fuera él porque sentía que iban a ser, pues iba a ser más seguro. Ah, es que era un problema de los dos.

Para algunas mujeres resultó incómoda la auto-aplicación de las pastillas, sobre todo para quienes manifiestan que este tipo de acciones se les dificultan, según ellas, por su “estrechez” en la cavidad vaginal. Otras manifestaron que la falta de lubricación les dificultó la inserción. Hubo momentos de cierta tensión para algunas y de preocupación por lograr realizarlo adecuadamente. Para Hortensia, joven habitante del Perú no fue sencillo saber cómo hacerlo:

El tratamiento duró dos días. El primer día, me puse las cuatro pastillas y al día siguiente tenía que ir a recoger mis cuatro pastillas, para ponérmelas en la noche... pero la cosa es que se me pasó, se me olvidó... y no me las puse las del día siguiente... sólo me puse las cuatro.

Cuando me las puse fue toda una confusión, allá me dijeron: “te las vas poner en los costados, en la parte del útero” y yo, entonces, ni idea, yo buscaba, ¿cuál será el útero?, la cosa es que metí lo más al fondo, lo más al fondo que pude.

La hora en que se realizó la inserción de las pastillas varió de uno a otro caso pero hubo mayor tendencia a colocarlas al iniciar la noche.

La expulsión

Aunque es innegable la diversidad en los casos, nos vamos a referir a lo que podríamos catalogar como el trayecto “típico” vivido por las mujeres luego de la aplicación del medicamento: aproximadamente cuatro horas después de la inserción de las pastillas puede comenzar el sangrado que algunas mujeres describen como poco y de color café en un principio y que se va haciendo poco a poco más copioso, acompañado por lo general de dolor -cólico- que también con el paso del tiempo se incrementa hasta llegar a su pico más alto en el momento de la expulsión. La duración del dolor y del sangrado, que aparecen a menudo en las horas de la madrugada, suele ser de dos o tres horas aproximadamente. Las mujeres manejaron por lo general el dolor mediante Ibuprofeno y otros calmantes. Algunas tomaron bebidas calientes como té de hierbas que les ofrecieron sus acompañantes. Para calmar su estado algunas refieren que caminaban de un lado a otro o trataban de cambiar permanentemente de posición. El ver el sangrado significó para algunas una liberación. Esto expresa Soledad, colombiana, con 30 años:

Como a las seis de la mañana vi la primera gota y me tranquilice. Sentí un descanso, usted no se imagina cuánto. Empecé a sangrar.

Durante el momento de la expulsión, algunas mujeres se hallaban acompañadas por sus parejas y otras por sus amigas, hermanas o madres. Varias, en esos momentos, se hallaban solas en sus camas



y en ocasiones tenían a su compañero -que en algunos casos ignoraba el hecho- o a sus hijos, durmiendo a su lado, o tenían miembros de su familia, que no sabían del aborto, a su alrededor.

Buena parte de las mujeres narran que estando en el baño sintieron unos imperiosos deseos de orinar y de un momento a otro percibieron que comenzaba la expulsión. Constanza de 26 años procedente de la zona litoral ecuatoriana explica lo siguiente:

Me fui al baño y sentí una cosa, que hizo como un ¡pum! y cuando comencé a mirar era que ya boté dentro del baño.

Algunas relatan que fue necesario pujar para que la expulsión acabase de salir. En un caso, la mujer se ayudó con su propia mano mientras en otro fue su marido quien intervino halando el contenido, lo cual al parecer generó la necesidad de un posterior procedimiento quirúrgico. Veamos cómo nos relata Amelia de la zona urbana andina del Ecuador cuyo caso hemos comentado -de 21 años y con 7 hermanitos a cargo- su vivencia de la expulsión:



Me fui al baño y puje así durísimo y me salió, pero se me quedó como una cosa colgada y me daba miedo, y le dije a mi marido que me hale y me haló...

Era una cosa de forma de persona así chiquita, como cuando dibujan así los niños, algo así, pero no era, era como una sangrecita chiquita nomás, pero mas veía telita.

Me daban ganas de llorar, pero mi marido me dijo: “tienes que ser fuerte porque sabias que esto iba a pasar y de ganas te vas a poner mal”.

Debido a que varias mujeres continuaron su rutina, a una de las entrevistadas la expulsión se le presentó cuando caminaba con destino a su trabajo y otra, estudiante, vivió la expulsión en un baño de su universidad. En la zona urbana de México, Magdalena, de 29 años vivió también el proceso estando por la calle. Veamos su narración:

Cuando llegué por mi hijo a la escuela ya sentí un tirón -se siente un tirón- y que algo salió así como cuando se desgarra algo más o menos así lo sentí...

Las parejas que las acompañaron - que son bastantes menos que las que las apoyaron- en la mayoría de los casos les ayudaron en las labores de la casa y se preocuparon de atenderlas y de cuidarlas. Ellos, cuando estuvieron, fueron parte importante de la situación y les aportaron a las mujeres fortaleza emocional. La actitud de su pareja la describe así Magnolia -31 años- procedente de la zona rural indígena de México:

Mi esposo siempre estuvo a mi lado. Él me preguntaba cada rato: “¿cómo te sientes, te sientes bien, te sientes mareada?, ¿quieres algo?”, “no”, le decía. Como no sentí grave problema, pero siquiera yo no sentí grave dolor, fueron muy sencillas las molestias que yo tuve.

La interrupción con medicamentos exitosa

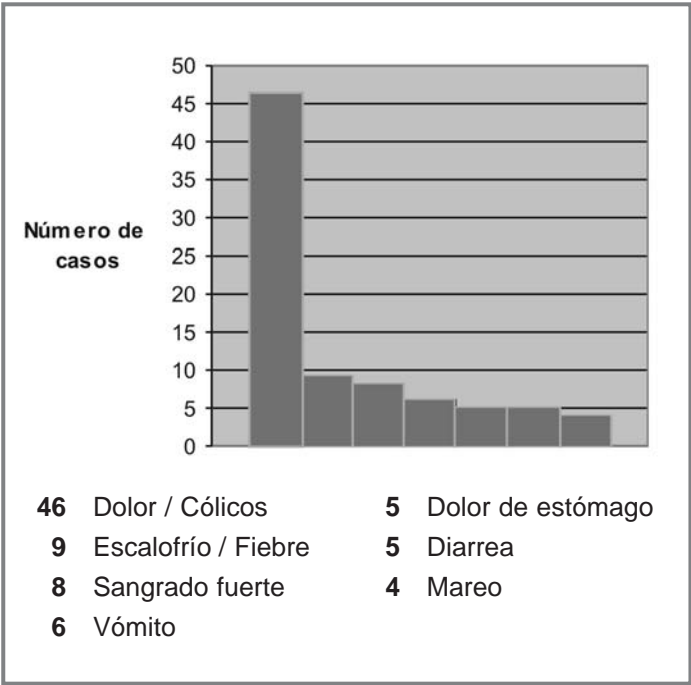
Un número de 37 mujeres tuvieron una interrupción con medicamentos exitosa, mientras 12 de las mujeres tuvieron necesidad de procedimiento quirúrgico, vivencia a la que nos referiremos más adelante. La gran mayoría de las 37 mujeres que vivieron una interrupción exitosa reconocieron la expulsión (33) mientras cuatro de ellas dicen que no la reconocieron -dos evidencian que evitaron hacerlo- Las mujeres describieron la expulsión como coágulos grandes, por lo general. Algunas, con mayor instrucción, se refirieron a tejidos y membranas mientras que las de más bajos niveles educativos hablaron de sangre cuajada, bolas de sangre y bolas de carne, entre otras. Algunas, como María Claudia procedente del litoral ecuatoriano -20 años- al parecer no estaban preparadas para lo que iban a ver además de que les preocupaba que el contenido de la expulsión pudiese ponerlas en evidencia:

Yo me asusté, casi me muero, porque... ¿qué me paso?, ¿qué me bajó? y ahí fue que yo vi eso, y por miedo y por la sensación de que alguien me vea en mi casa lo que hice fue coger eso y botarlo.

Efectos colaterales

Veamos en la siguiente gráfica cómo se presentaron los resultados relativos a los efectos colaterales vividos por las mujeres durante el procedimiento:

GRÁFICO No 7
Efectos Colaterales*



*Las mujeres en ocasiones relatan que vivieron uno o más de estos síntomas. Los datos representan la frecuencia con que se presentó cada síntoma.

Los cólicos fueron reportados como el efecto secundario más frecuente y fueron descritos como “muy fuertes” por 17 de las mujeres. Además de los restantes efectos que, en varios casos, muestran afecciones gastro intestinales, se presentó dolor de cintura (2) náuseas (2) dolor de cabeza (1) y baja de tensión (1). Una sola mujer plantea que no sintió ningún efecto colateral. Varios estudios reportan similares resultados, entre ellos el de Elul y cols. (2000), el de Nguyen Thi Nhu Ngoc y cols. (1999) y el de Abdel-Aziz y cols. (2004).

Tres mujeres hablaron de la manifestación crítica de problemas digestivos de los que adolecen, como la gastritis y el colon irritable, a lo largo del proceso.

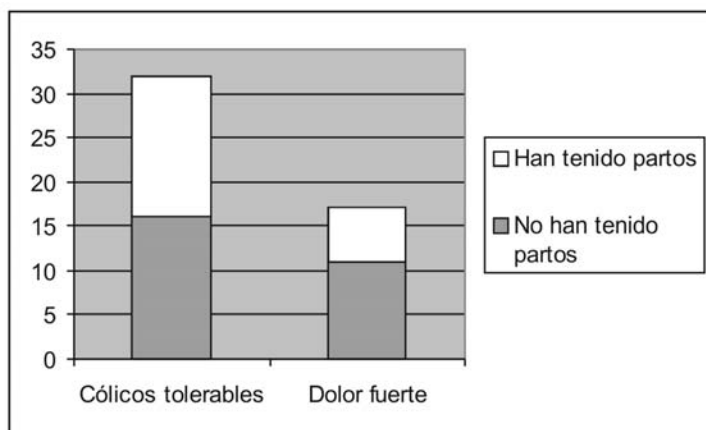
Con la intención de establecer a qué factores se le puede atribuir el que las mujeres experimenten dolores fuertes dentro del proceso, se buscaron relaciones entre variables, encontrando que la maternidad previa resultó ser la más destacada.

Veamos gráficamente los resultados:



GRÁFICO No 8

Casos que reportan dolor fuerte según maternidad previa



Esta tendencia en los resultados remite a los hallazgos de Hamoda y colaboradores (2004) quienes, en Escocia, al analizar una base de datos de 4.343 casos hallaron que las mujeres que ya habían tenido partos requirieron menos analgésicos que las que no habían pasado por esta experiencia. Este aspecto, que a la vez tiene un contexto médico, un contexto psicológico y un contexto cultural, suscita cuestionamientos que motivarían el desarrollo de un proceso de investigación que profundice en las variables relacionadas con la maternidad previa y su incidencia en este proceso.

El nivel socioeconómico apareció como otro antecedente con peso dentro de esta situación, cuando 10 de las 17 mujeres que reportan esta experiencia fueron mujeres de escasos recursos económicos. Doce de estas mujeres provenían del Perú y del Ecuador, donde buena parte de las

participantes en este estudio son de escasos recursos económicos. En el caso del Ecuador, varias de las participantes eran nulíparas, mientras las mujeres del Perú no mencionaron con frecuencia en sus narraciones el uso de medicamentos para el dolor, no siendo claro si esto se debe a la falta de indicaciones al respecto por parte de los proveedores que las atendieron, o a aspectos económicos y culturales propios de las condiciones y realidades de las mujeres que provienen de ese país que fueron entrevistadas para este estudio.

De otra parte, cabría también la pregunta por la posible incidencia en estos resultados de factores relativos a la construcción de la vivencia desde la perspectiva simbólica y cultural.

Las mujeres por lo general estuvieron sangrando durante algunos días -que varían de unas a otras pero pueden ser alrededor de 9- y algunas sintieron dolor durante ese período.

Sentimientos y emociones durante la experiencia

De las 37 participantes que vivieron la expulsión completa, 11 reportan que se sentían tranquilas durante la experiencia con el medicamento, mientras las restantes 26 relatan que vivieron momentos de preocupación relacionados principalmente con el período de expulsión. Varias de quienes expresan que estuvieron tranquilas habían tenido partos previos (7). Las mujeres temieron en particular, la presentación de una hemorragia que no pudiesen manejar. La presencia de dolor y la incertidumbre, les generó a menudo inquietud que trataban de

calmar estando en permanente movimiento. De 8 mujeres que sintieron que la expulsión las afectaba emocionalmente, 6 no habían sido madres. La culpa fue un sentimiento que embargó a varias mujeres (12), quienes con frecuencia elaboraron su proceso a partir de la redención -Dios me lo perdona- Ángela del litoral ecuatoriano de 26 años relata lo siguiente:

Me puse un poquito mal, me sentí como que no debiera estar haciendo ésto, me sentí así, pero me pasó, porque ahí me fui a la iglesia, recé bastante, bastante. Le pedí a Diosito que me perdone por lo que estaba haciendo, si era justo o no era justo.

Ingrid, con 29 años, procedente de la zona urbana de México, quien se sintió tranquila durante el proceso, se expresa así :

Me sentí muy tranquila, yo dije: es lo que me dijo (se refiere a la persona que la atendió) entonces en ningún momento me asaltó ninguna duda o algo así.

En el Perú y el Ecuador, se observaron más a menudo situaciones asociadas a la culpa, al arrepentimiento y al rechazo hacia si mismas, durante la vivencia de esta parte del proceso. Cardich (1993) en su estudio sobre el aborto inducido realizado en el Perú, observa también la aparición de la culpa como recurrente en los testimonios analizados por ella y tensión frente a las cargas morales sobre la vivencia de la sexualidad.

Indiscutiblemente hay factores sociales y culturales que inciden en que para las mujeres de Ecuador y



Perú sea más compleja la elaboración de su experiencia. Cabe resaltar que éste es también un grupo con propensión a la vivencia del dolor fuerte dentro del proceso de expulsión y que dentro del mismo hay mayor proporción de mujeres de escasos recursos económicos. Esto nos remite al punto de vista expuesto por Ferrando (2002) quien afirma que el nivel socio-económico de la mujer y su lugar de residencia habitual (urbana o rural) son también factores que juegan un rol importante en la probabilidad de sufrir complicaciones aún si las pacientes acuden al mismo tipo de proveedor.

La maternidad previa actúa, según lo observado, como factor que facilita un manejo más tranquilo de las situaciones asociadas a la experiencia con el aborto con medicamentos, confirmando la importancia de este factor en las vivencias de las mujeres. Las mujeres de escasos recursos económicos que no han tenido partos resultan ser, según este estudio, las más vulnerables a nivel de la



construcción emocional del proceso. En el grupo del Ecuador se presenta a menudo que se dan ambos factores a la vez y es notorio que las mujeres de ese país se muestran más afectadas que el resto.

Para 14 de las 37 mujeres que vivieron el procedimiento exitoso, el manejo de la experiencia de expulsión fue difícil. Se estableció que se trata sobre todo de mujeres que tienen entre 18 y 25 años (9), no conviven con su pareja (10), tomaron solas la decisión del aborto (10), no son madres (9) y tenían alrededor, personas que no sabían del hecho (9). Como efectos colaterales, presentaron dolor fuerte, 12 de ellas.

En algunos casos el nerviosismo y el temor aparecen como reacciones desde la espera por parte de las mujeres a lo que se le puede añadir la presencia de dolor fuerte y de otros síntomas durante la expulsión. Los problemas gástricos también coexisten en algunas situaciones.

La experiencia vivida por parte de algunas mujeres fue francamente difícil, donde la conjunción de factores inherentes a las circunstancias y a su construcción emocional del evento pudieron tener sin duda implicación. Veamos cómo describe sus vivencias Alba, la joven peruana de 25 años, cuyo caso hemos venido comentando a lo largo de este informe y quien fue víctima de violencia sexual conyugal:

Cuando yo me las puse, dentro de cinco minutitos se me vino; rapidito nomás me ha hecho efecto. ¡Ay! sentí un dolor aquí horrible, que me dolía hasta el corazón...

Ésto nos lo narró Lupe de la zona urbana de México, de 23 años, soltera, que no convive con su pareja (que la acompañó, sin embargo) quien no ha sido madre y quien decidió por si misma, como un derecho, la interrupción:

Yo estaba muy nerviosa, tenía miedo de una hemorragia. Me empezó a dar un dolor como un cólico, no muy fuerte pero iba aumentando muy rápido. O sea, de repente, habían pasado cinco minutos y se me quitaba, y venía otro pero más fuerte y así más fuerte, entonces de repente ya no aguantaba, ya me estaba doblando del dolor.

Me dio diarrea y de repente iba al baño, y como que no me dolía tanto hasta que otra vez salía y empezaba a caminar y no soportaba el dolor...

Me habían dado unas pastillas para el dolor, pero no eran suficientes. Ya me las había tomado y no se me quitaba el dolor. Entonces, mi novio llamó a la doctora y la doctora le dio el nombre de otras pastillas para el dolor y las fue a comprar. Me las tomé y pasó como veinte minutos y ya se me calmó el dolor con esas pastillas... porque sí era muy, muy intenso.



El procedimiento con medicamentos fallido

Como hemos mencionado, doce de las mujeres no tuvieron un aborto completo. Varias de las mujeres acudieron ante los proveedores porque ello se les había advertido pero algunas pensaban que el proceso ya había tenido lugar. Para las mujeres que no pudieron terminar satisfactoriamente el proceso con medicamentos en un sentido u otro el hecho creó frustración. Algunas mujeres preguntaron a los proveedores si podrían continuar con el embarazo. Veamos cuáles son aquellos aspectos que mencionaron con más frecuencia en sus relatos sobre su experiencia con el método quirúrgico:

- El procedimiento quirúrgico fue doloroso: 7
- Sintieron miedo a la intervención quirúrgica: 5
- Estaban preparadas para la falla: 4
- Sintieron decepción/tristeza: 2

De los 12 casos, 9 vivieron una experiencia manejable y para tres la situación fue crítica. Algunas no se sentían preparadas para el fracaso del método a pesar de haber sido advertidas de ello. Veamos cómo Renata, colombiana, de 20 años, sintió la situación:

Me dijo que ahí seguía el embarazo. Fue horrible. Esa sensación fue como si me volvieran a decir que estaba embarazada. Esa fue la misma sensación como un baldado de agua fría...¿Y ahora? Si, como una rabia, como una impotencia, como un desespero...

En la tercera parte de los casos las mujeres expresan que estaban preparadas para la falla, bien fuera porque esto hizo parte de la consejería que les ofrecieron los proveedores (en 3 casos) o porque ya se conocía el método (en 1). Silvia, otra colombiana de 20 años, que vivió esta experiencia refiere que ella se preparó para una eventual falla del procedimiento:

Yo estaba preparada, me preparé psicológicamente y mi novio también me preparó psicológicamente. Todos los días por teléfono me decía: “tenemos que prepararnos por si no funciona”...me fue muy bien con el tratamiento quirúrgico.

Carmela, habitante de la zona rural mexicana, de 37 años, se sintió en riesgo pues, según su percepción, su caso no fue bien tratado, ya que, tal cual argumenta, no se le prestó la requerida atención y seguimiento:

Ya le explique (a la persona que la atendió) le dije: “¿sabes qué? quiero que me vuelvas a hacer el ultrasonido, estoy segura que tengo ahí algo”. Y, sí, me hizo el ultrasonido y claro tenía restos. Me dijo: “¿Sabes qué? te voy a hacer ya la succión, de una vez”. Y le dije: “ Si, ya. Ya no soporto más”.



III. La valoración:

Cómo construyen su percepción del aborto y de la interrupción del embarazo con medicamentos; qué valoración hacen del método y cómo elaboran desde la perspectiva ética y emocional su vivencia, son aspectos que nos permiten dar cuenta del significado y del sentido que posee para las mujeres de estos cuatro países la experiencia vivida y con ello de las fortalezas y las limitaciones que desde la mirada de quienes lo han utilizado posee el aborto con medicamentos.

Construcción de significado y sentido sobre el aborto

El aborto es un hecho que causa, por lo general, impacto en la vida de las mujeres que participaron en este estudio, aunque los factores culturales asociados a cada país y a los diferentes grupos sociales, generan diferencias en la forma como elaboran sus construcciones y sentimientos al respecto, los cuales están estructurados básicamente desde una perspectiva ética y moral.

En contraste con los restantes contextos, en México y Colombia, las mujeres se expresan frente al aborto como una necesidad o como un derecho, cuando se enfrentan ante un embarazo no deseado y esta es la única opción con la que cuentan. En las áreas urbanas de México y Colombia, las mujeres manifiestan sus construcciones frente al aborto en términos del derecho a decidir y, tanto en Colombia como en el área urbana de México, afirman que el aborto fue una necesidad para ellas cuando se vieron enfrentadas con un embarazo indeseado. Estas dos

perspectivas llevan a las mujeres a comprender y a enfrentar su decisión y a ubicarla en el contexto de sus propias vidas. Estas actitudes han sido reportadas en estudios previos realizados por Amuchástegui y Rivas (2002), en México, y por Mora y Villarreal (1993), en Colombia.

El aspecto religioso, que suele incidir en la ambigüedad que viven las mujeres frente a la interrupción del embarazo, no en todos los casos llevó a las mujeres a abordar su experiencia de manera culposa como lo muestra el caso de Soledad, colombiana de 30 años, quien en su relato sobre el aborto manifiesta lo siguiente:

Cogí el rosario y dije: Dios mío que no me duela. Que no me vaya a doler.

Para Yolanda, habitante del Perú, de 18 años, ésta es la situación que se les puede presentar a las mujeres ante su necesidad de abortar, lo cual implica que sea imperioso contar con servicios de aborto seguros y confiables:

Hay personas que aprovechan que estás con esta preocupación, con este problema, te piden todo lo que puedan, y saben qué vas hacer, por qué necesitas de ese apoyo, también te puedes encontrar con gente que te va a sacar plata, pero no te van ofrecer un servicio con garantía. Pues muchas personas te pueden dar de alta sin que estés bien y te puedes morir en un día, en unas horas...



La posición de las mujeres urbanas de México, las lleva a considerar que las circunstancias justifican la decisión, que no tienen cargos morales, que el poco tiempo de gestación que tenían cuando interrumpieron el embarazo les da tranquilidad, que el aborto es algo que no debe ser tomado a la ligera y que se debería despenalizar. Maite, de 25 años, se sintió más segura de sí misma al asumir la decisión y expresó lo siguiente:

Ojalá y como la píldora del día después (el aborto) se pueda ya regular, y no tengamos todos que vivir en la clandestinidad en una sociedad del siglo XXI donde es absurdo que de repente pasen algunas cosas... En la medida en que la gente tenga más información de este tipo de tratamientos, que sean más comunes, habrá menos personas que se mueran en abortos riesgosos... Yo creo que debe ser algo abierto y que se reconozca. Que la gente tenga la opción de tenerlo cuando lo necesite.

Resumiendo los puntos de vista, podríamos decir que hay cinco formas de orientar el discurso en torno al aborto por parte de las mujeres entrevistadas. Veamos, en orden de prioridades, según las narraciones analizadas, cómo se resumen estas visiones:

- Es un pecado y piden perdón a Dios pero es peor traer un niño al mundo sin tener qué ofrecerle
- Es una decisión de la mujer
- Se arrepienten de haber abortado
- Es un asunto de la salud de la mujer y desde ahí es importante prevenir el riesgo
- Es un asunto que se maneja con doble moral en la sociedad y debe ser legalizado y tratado como un derecho



Aunque observamos diversidad en la manera como lo abordan y evidenciamos que se dan puntos de vista que indican una construcción del aborto desde una perspectiva de derechos y de salud, el hecho causa a menudo contradicción en las mujeres que lo han vivido, lo que conlleva el que busquen la manera de solucionar la tensión que ello les crea. Los resultados obtenidos a este nivel nos remiten al trabajo de Mora y Villarreal (1995) quienes a partir de su investigación sobre aborto inducido en Colombia plantean que las mujeres a pesar de tener una percepción que les lleva a considerar como algo impropio el aborto, a menudo “ajustan” su construcción de lo moral para justificar su decisión. El argumento de que aunque se trata de un hecho que genera ambigüedad, es más cuestionable “traer un niño al mundo a sufrir”, fue hallado por parte de estos investigadores como el más frecuente en el estudio que realizaron.

Por su parte, Cardich (1993) halló en el Perú que una gran mayoría de las mujeres mostró tener una posición ambigua sobre el aborto que las lleva a censurarlo moralmente, pero asumirlo en la práctica. No olvidemos que el cuerpo es el territorio donde, por excelencia, se inscribe la normatividad y como tal representa un espacio de tensión y conflicto. En el aborto, tal cual lo conciben y lo viven las mujeres que hicieron parte de este estudio, entran sin duda en contradicción las necesidades sociales de un mejor vivir -que van por lo general de la mano con la lectura moderna de la maternidad como una opción libre- y los fuertes valores patriarcales imperantes en la cultura.

Mora (2004), estableció que los supuestos sociales y religiosos dominantes son aquellos desde donde valoran su experiencia las mujeres adolescentes y jóvenes que optaron por el aborto, frente al embarazo no planeado o no deseado.

Este aspecto, innegable, es un antecedente de gran peso para la investigación y el análisis del aborto desde la perspectiva de las mujeres en la región y es un elemento importante a considerar en los procesos de atención y de consejería dirigidos a las mujeres en circunstancias similares.

Construcción de significados sobre el aborto con medicamentos

Buena parte de las mujeres se refieren al aborto con medicamentos como “unas pastillas” que actúan en el cuerpo. Los imaginarios que aparecen en la construcción que hacen las mujeres en torno al método pueden resumirse de la siguiente manera, según el orden de prioridades hallado en los relatos:

- Es un proceso de regularización del ciclo menstrual
- La pastilla genera expulsión/contracciones
- Las pastillas “deshacen” el embrión o disuelven el embarazo
- Las pastillas matan al embrión/lo envenenan



Un número de 20 mujeres en su discurso asumen que se trata de un método de regularización del ciclo menstrual o de algo similar a una menstruación. El que las mujeres consideren la acción del método como un proceso que ayuda a restituir la menstruación, tal cual ellas mismas lo mencionan, disminuye la contradicción que trae consigo el aborto. Esto manifestó Ginna -20 años- participante del litoral ecuatoriano:

Así, como menstruación, tú piensas o te da la idea de que... ah... estoy menstruando, estoy menstruando...

Explica, por su parte, Paola- 19 años- de la zona urbana de Colombia:

Cuando tú te aplicas esas pastas, te las introduces cerca al útero, eso hace que expulses el embrión. O sea que baje eso.

Es común también que las mujeres planteen que las pastillas “deshacen” el embrión ó disuelven el embarazo. Otras se refieren a las pastillas como un ácido potente que “arranca” todo. Así describe el método Julia -de 44 años- procedente del Perú:

Las pastillas disuelven el embarazo como una especie de menstruación. Los componentes de

las pastillas lo hacen disolverse y así viene el período rápidamente.

Para las mujeres de la zona rural de México “pasarlo” es la idea con que se refieren a menudo al hecho. Algunas mujeres urbanas jóvenes, expresan que las pastillas son como “una bomba” que explota de un momento a otro. Así lo ve Ángela, ecuatoriana de 26 años:

Es como una bomba, es una bomba de tiempo, porque uno no sabe lo que va a pasar... de pronto dicen que hay una bomba, pero no se sabe cuando va a explotar, entonces no sabes si correr por allá o correr por acá, entonces no sabes qué hacer.

Algunas entrevistadas añaden que es un método que está en manos de las mismas mujeres que lo usan; que de las indicaciones que ellas reciban depende el resultado, y que implica precauciones que deben ser seguidas de manera muy estricta. Esto comenta Hortensia, peruana, de 18 años.

Se tiene que saber que dosis se va a poner, que es como un óvulo. Se tiene que explicar bien para que no se confunda, ¿no?



Ventajas y desventajas del aborto con medicamentos

Con el fin de establecer cómo es valorado el método de aborto con medicamentos, se buscó que las mujeres señalaran sus ventajas y desventajas y se les pidió que expresaran si recomendarían o no el método a sus amigas. La mayoría de las mujeres (41) le ven ventajas al procedimiento. De otra parte, 26 de las mujeres describen sus desventajas mientras hay 15 que no le ven ninguna limitación. Un número de 8 mujeres no fueron preguntadas ó no respondieron a la pregunta.

Estas son las principales **ventajas** que las mujeres le ven al método:

- Es menos doloroso (12)
- Es más fácil/sencillo (12)
- Evita la cirugía (12)
- Mas seguro/menos riesgoso (9)
- Es rápido (7)
- No es invasivo (7)
- Es práctico/cómodo de aplicar (6)
- Es auto-aplicable (6)
- Menos traumático emocionalmente (5)

Winikoff y cols. (1998) y Elul y cols. (2000) hallaron similares resultados, estableciendo que, para quienes han accedido al método en otros países, éste les resulta menos riesgoso; evita aspectos indeseados como el dolor y el sometimiento al procedimiento quirúrgico, es más natural, más fácil y más privado.

Como se había expresado anteriormente - al referirnos a las razones de las mujeres para seleccionar el método- la comparación con el procedimiento quirúrgico surge como un parámetro común de evaluación por parte de las entrevistadas cuando se les pide referirse a su percepción acerca del método de interrupción con medicamentos. Veamos lo que plantea Magnolia, procedente de la zona rural de México -31 años-

Porque éste creo que si es bueno. Lo creo pues simplemente porque ahí ahora sí que no nos meten ningún aparato, no utilizan nada de aparatos, simplemente unas tabletas pues y eso es lo mas fácil, más que nada.

Así lo ve, desde su óptica, Lorena, colombiana de 22 años:

Como que no te maltrata, ni el útero, ni nada de eso. ¿Si me entiendes? El mismo cuerpo se encarga de que se haga efectivo el procedimiento. No hay mucho sangrado, no hay dolor. En cambio con el quirúrgico, te maltratan demasiado, quedas muy adolorida. Hay la posibilidad que de pronto algo quede mal por los aparatos que te introducen entonces no, mucho dolor, mucho sangrado. O sea yo estoy es con el de medicamentos.

Por su parte, Sara -de 19 años- quien proviene del Perú, expresa lo siguiente:



Yo pienso que no es tan riesgoso como el quirúrgico. Porque, son unas simples pastillas, que hacen que se produzca ese cambio en el útero, donde el útero se contrae y lo dilata. En cambio en el quirúrgico como que se utilizan más cosas, más herramientas y eso a mí me da miedo, que me metan algo, porque no todo se puede calcular, no vaya ser que pase algo, una raspadita, una infección, no me parece seguro.

Milena - 30 años- habitante de la zona urbana andina del Ecuador argumenta así las ventajas del método:

Para mí, que es el mejor método, por esos fierros que a uno le meten (se refiere al método quirúrgico) no para mí ...

La siguiente frase, de Ángela una colombiana de 23 años, tal vez nos da la clave para comprender en qué radica una de las diferencias fundamentales entre el método con medicamentos y el quirúrgico desde la mirada de las mujeres:

Es más fácil que el mismo cuerpo lo expulse, a que te lo saquen... te saquen el bebé.

Veamos, de otra parte, cuáles son las mayores **desventajas** que las mujeres le ven al método:

- . Dolor fuerte/prolongado (10)
- . Pueden quedar restos dentro (5)
- . No siempre es efectivo (5)
- . Sangrado prolongado (3)
- . Demora en dar resultado (2)
- . Incomodidad para introducir las pastillas (2)

El dolor figura como la principal desventaja que las mujeres le ven al método de interrupción del embarazo con medicamentos. Otros efectos secundarios son tenidos también en consideración así como aspectos relativos a su efectividad y a posibles riesgos. Veamos el punto de vista de Magdalena -29 años- de la zona urbana de México:

Las desventajas son que al principio por ejemplo sí es mucho el dolor, que el sangrado si es muy abundante y nada más.

Por su parte Martha, colombiana de 31 años, expresa lo siguiente:

El tiempo de espera y la incertidumbre respecto a su efectividad fue lo más difícil de manejar. Tanto que no volvería a elegir este tratamiento.

PRINCIPALES HALLAZGOS

5



El dolor es mencionado como aquello que las entrevistadas mejorarían primordialmente de la experiencia con el método. También piensan que las mujeres deberían contar con mayor información acerca de cómo manejar el proceso de espera y expulsión así como conocer más acerca de los efectos colaterales y contraindicaciones además de estar más preparadas para la posible falla del proceso.

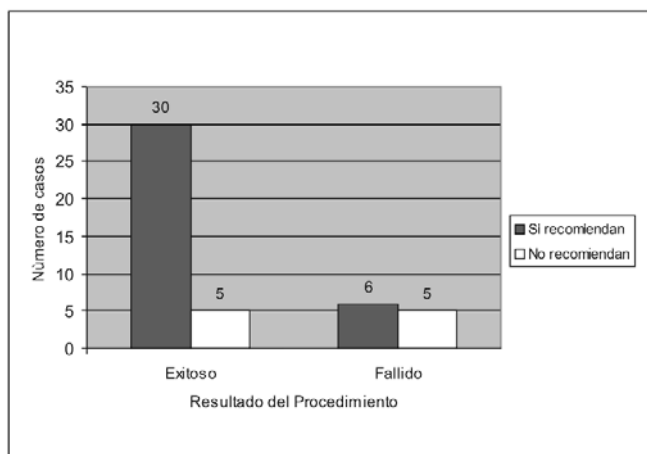
Recomendarían o no el método de interrupción del embarazo con medicamentos

Observemos la siguiente gráfica que da cuenta de si las mujeres recomendarían o no el método, de acuerdo con el resultado exitoso o no del procedimiento de interrupción con medicamentos:

GRÁFICO No 9

Recomendarían el método:

Descripción por resultado del tratamiento*



* Sobre 46 casos en que se preguntó.

Aspectos como que es menos riesgoso, menos invasivo y que se vive como una menstruación son aquellos que mencionan varias de las entrevistadas cuando plantean que recomendarían este procedimiento. Esto expresa Clara de 26 años, habitante de la zona urbana del Ecuador:

Es mucho más fácil, es menos riesgoso, es más delicado, así como menstruación...

Más allá de los efectos colaterales y de que haya habido momentos de crisis en el proceso, muchas mujeres le recomendarían a una amiga suya que lo utilizase, como lo expresa Valeria, participante de la zona urbana de México:

Yo le diría a una amiga que es una opción que no es agresiva, que es tolerable, que sí hay momentos muy críticos, esta parte de los dolores que de repente llegan a ser muy intensos, muy intensos, pero que lo tomo como un cólico... yo soy de la idea de hacer muchas cosas, de irte al cine ese día, de estar platicando con alguien en tu casa, un café, haciendo una manualidad o no se, leyendo un libro, ¿no?



Algunas mujeres enfatizan en que el método es adecuado según el caso personal. Esto plantea Paola, colombiana de 19 años:

Depende de la situación de cada persona. Es que cada persona, yo creo que escoge a su situación lo que mas le convenga, a su forma de ser cada cual. Pues así yo, así me haya demorado esperando respuesta, yo quería eso, porque me parecía eso y ya.

No queda duda, de acuerdo con los datos, de que la falla del procedimiento de aborto con medicamentos está en inversa relación con la valoración positiva que las mujeres hacen del método, tal cual lo han establecido previamente Winikoff (1995) y Billings (2004).

No obstante, de 11 mujeres que vivieron la falla en el procedimiento, a quienes se les preguntó, hay 6 que recomiendan el método, lo cual significa que, a pesar de sus dificultades personales varias mujeres continúan viéndole beneficios. Esto hace pensar en que, en este sentido cobra gran importancia la consejería que han recibido y su vivencia posterior a la falla del método. Betty, peruana de 25 años, expresó lo siguiente:

Yo creo que si (lo recomienda) de repente la situación de esa persona no es igual a la mía... todos no tenemos los mismos pensamientos, ni tenemos el mismo organismo; de repente, en el organismo de ella funcione.

La experiencia con el método es un factor que evidentemente lleva a las mujeres a recomendarlo o

no. Veamos cómo ve las cosas Flor de la zona rural mexicana:

Simplemente son unas tabletitas que le acomodan a uno, ni el costo, no es ni adolorido... ¿como le podría decir? para mí fue fácil y si alguien lo quiere utilizar pues se lo recomendaría yo sin ningún temor de nada.

Esta es por el contrario la visión de Eliana - de 18 años- habitante del Perú, una de las 10 mujeres que no recomendarían el método:

Si yo hubiera tenido plata, yo me hacia la aspiración, no sólo porque es rápido y que todo se hace en un ratito, sino porque te puede pasar algo en tu casa. Si tu miras bien, son tres noches de angustias, preocupaciones, dolores... nó, a mí me parece terrible.

Al parecer, debido a la contradicción interior, que lleva a que las mujeres asuman su decisión con ambigüedad, algunas de ellas -en particular del Perú- no recomiendan el método, lo que hace pensar en que es el aborto mismo lo que no desean recomendar. Así lo expresa Laura, de 25 años, también proveniente del Perú, quien optó por el aborto porque su compañero no estuvo dispuesto a continuar con el embarazo:

Es malo, muy malo. Yo le diría que no lo haga. Yo lo hubiese querido tener, que quería tenerlo, no hubiera querido abortar, yo al principio creía que era como tener un bebé, pero no es lo mismo, no es lo mismo. Yo le diría que no lo haga.



Cómo perciben la interrupción quirúrgica del embarazo

Como vimos, cuando analizábamos la historia reproductiva y anticonceptiva de las mujeres, ellas poseen un imaginario bastante común acerca de la interrupción quirúrgica del embarazo más allá de que lo hayan utilizado o no y ese imaginario consiste en que se trata de un método doloroso. Lo ven además como riesgoso e invasivo.

Quienes han utilizado ambos métodos, que son 11 mujeres, plantean lo siguiente acerca del método quirúrgico, en su orden:

- Es más doloroso que el aborto con medicamentos
- Es más rápido
- Es más eficaz
- Maltrata más el cuerpo
- Requiere más cuidados
- Requiere preparación
- “Te sacan el bebé”
- Crea un cambio orgánico muy abrupto
- Es complicado

Aspectos prácticos del método quirúrgico como rapidez y eficacia son considerados positivos por parte de las mujeres que han vivido ambos procedimientos. Dentro de las principales desventajas, observan que es más riesgoso para la salud de la mujer y más complicado.

Las mujeres comentan que en el procedimiento quirúrgico intervienen más aspectos médicos, más herramientas y más personas, así como se afecta más la rutina y se requieren más cuidados, lo cual genera más complicaciones.

Gabriela, mexicana de la zona urbana, con 30 años, quien ha experimentado tanto el método quirúrgico de interrupción del embarazo como el aborto con medicamentos, hace este paralelo entre los dos métodos:

Pues que es más seguro (se refiere al método quirúrgico). Más bien, garantiza resultados inmediatamente y el otro pues sí, es medio estar en el suspenso, aunque el otro es más barato y pues no te meten mano ni nada. La ventaja es que es seguro. La desventaja es que estas ahí... este... que te meten aparatitos extraños, que siempre tienes así como que cosa de que qué vaya a pasar, pero pues es seguro. Es mas seguro que te desprendan todo lo que hay ahí. Y, el tratamiento médico es breve, puedes hacer otras cosas mientras esperas que ocurra. Pero la verdad es que no sabría, no me siento con la perspectiva para decir cual es mejor.



Significado de la experiencia en las vidas de las mujeres

La gran mayoría de las mujeres se sienten aliviadas y más tranquilas luego de haber abortado. Hay dentro del grupo de mujeres entrevistadas quienes manifiestan que están tranquilas, asumiendo su decisión, porque sienten que hicieron lo correcto y quienes consideran que aprendieron de la experiencia. Persisten, no obstante, en varias de las mujeres, sentimientos de ambigüedad por haber interrumpido su embarazo.

Quienes consideran haber aprendido de la experiencia afirman que maduraron y que aprendieron a ser autónomas con respecto a su autocuidado y a asumir el uso de métodos anticonceptivos. Algunas re-evaluaron su relación de pareja a partir de haberse visto enfrentadas a la realidad de no verle perspectivas. Por el contrario, otras sienten que la fortalecieron al haber compartido la experiencia.

Al preguntárseles, durante la entrevista, si se habían sentido preparadas para la experiencia de aborto con medicamentos, las mujeres de México y Colombia estuvieron más dispuestas a responder afirmativamente que aquellas de los restantes países. Las participantes del Perú y del Ecuador, quienes, como se ha visto, en varios de los casos,

eran jóvenes y no habían tenido partos, además de pertenecer a grupos de escasos recursos económicos, en muchas ocasiones atravesaron su experiencia a solas, sin el acompañamiento de sus parejas, rodeadas de personas de su familia que ignoraban el hecho, lo cual incrementaba, según sus relatos, sus niveles de ansiedad. Fueron estas mujeres quienes, además, vivieron con mayor frecuencia sentimientos de duelo y de culpa durante el proceso. A esto se le añade el que en estos dos contextos se presentaron con mayor frecuencia episodios de violencia sexual y donde en mayor medida las mujeres entrevistadas reportaron el engaño, el maltrato y el abandono por parte de sus parejas, lo cual contribuyó a dificultar su vivencia del aborto. Goicolea (2001) y Coe (2004), quienes han realizado estudios en el Ecuador y en el Perú, respectivamente, reportan que son frecuentes los episodios de violencia sexual y de género contra las mujeres en estos dos países.

Analizando cada caso de manera integral, se halló que los factores psicosociales juegan un importante papel en la forma como las mujeres experimentan un aborto con medicamentos. Quienes tienen una noción del aborto como algo indebido estuvieron más predispuestas a vivir experiencias difíciles, mientras quienes expresaron una mayor comprensión acerca de los procesos que se daban en su cuerpo, durante la acción del método, tuvieron mayor probabilidad de estar tranquilas y de dominar la situación.



Cerca de la mitad de las mujeres (23) se refirieron a sus redes afectivas como aquello que más les facilitó vivir el proceso. Un número también alto de mujeres mencionaron a los proveedores (18) y 8 de ellas hablaron de sus propios procesos interiores. La consejería de los proveedores jugó un papel importante en la vivencia de las mujeres y en su manejo de la situación

Un factor crítico en la experiencia resultó ser el apoyo y el soporte emocional ofrecido a las mujeres por sus parejas. La interrupción del embarazo con medicamentos, a diferencia del método quirúrgico, facilita el que el varón participe activamente en el proceso y, cuando las mujeres se ven acompañadas por sus parejas, este hecho minimiza el impacto que la vivencia ejerce sobre ellas, lo cual valoran y consideran como una razón por la cual la experiencia fortaleció su relación.

Dudas y preocupaciones

Las dudas y preocupaciones son diversas y obedecen a las realidades de cada una de las mujeres. Las más frecuentes fueron las siguientes:

- Las repercusiones y efectos a largo plazo de la experiencia en sus vidas
- El que hayan podido quedar restos dentro
- El que aún sienten dolores y molestias y el no saber cuándo éstas van a desaparecer
- El saber cuál es el método de anticoncepción más apropiado para utilizarlo
- El saber qué medicamento fue el que se les suministró

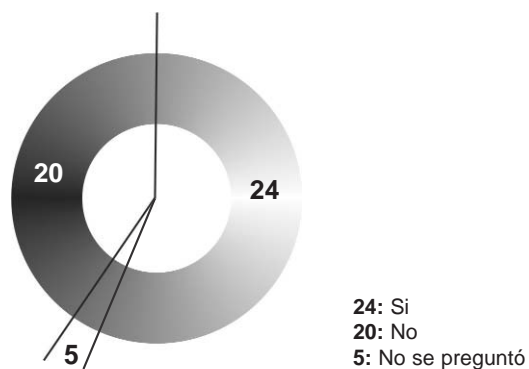
- Algunas dudas relativas al cuidado post- aborto (no saben si pueden ir a piscina, si pueden ingerir alcohol, por ejemplo)
- Dudas con respecto a su ciclo menstrual

Anticoncepción post-aborto

El aborto tuvo incidencia en cuanto al incremento de la anticoncepción en las mujeres. Esta es la proporción en que se dio la anticoncepción post-aborto entre ellas:

GRÁFICO No 10

Uso de anticonceptivos post aborto



Como argumento para no estar haciendo uso de métodos anticonceptivos, buena parte de las 20 mujeres que no han asumido ningún método (18) plantean que no están teniendo relaciones sexuales porque en el momento no tienen pareja. De otra parte, dentro de este grupo que no ha asumido la anticoncepción, 2 mujeres afirman que no lo han hecho por recomendación médica, al estar aún en proceso de regularización de su ciclo menstrual.



Los métodos elegidos por parte de quienes han hecho uso de ellos, fueron, en su orden:

- El método hormonal (13)
- El condón (6)
- El dispositivo intrauterino (3)
- La vasectomía (2)

Proyectos de vida

Seguir sus estudios y terminar su carrera, parece ser la meta que ocupa un primer lugar entre las proyecciones que hacen las participantes acerca de su futuro. Buena parte de ellas tienen aspiraciones profesionales y desean avanzar en este campo. Trabajar para procurarse un mejor vivir y para desarrollar sus proyectos personales; mejorar la calidad de vida propia y de su familia; terminar de criar sus hijos pequeños para poder dedicarse a trabajar fuera del hogar; sacar adelante proyectos en pareja como tener hijos y contar con estabilidad económica; apoyar a sus hijos y lograr metas como casarse o salir del país, son proyectos que tienen en su mente las mujeres que participaron de este estudio. Algunas aspiran a encontrar el amor, a estabilizarse emocionalmente y otras desean madurar y ser independientes. Esto expresa Lilia, colombiana de 27 años:

Ansío encontrar el amor de mi vida y de una u otra forma entablar nuevamente una familia, para mí, para mis hijos; crecer profesionalmente, madurar como mujer.

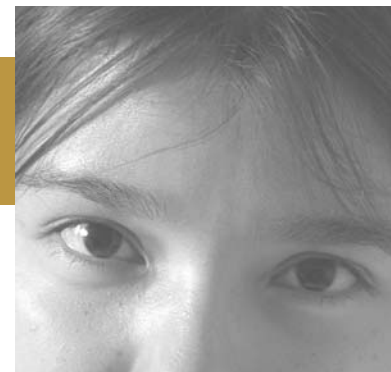
Recordemos que quienes han participado son mujeres muy jóvenes que en varios casos se dedican al estudio, de las cuales un grupo numeroso trabaja a la vez para sostenerse. De igual forma, la construcción de un hogar hace parte de las perspectivas que algunas ven en sus relaciones afectivas, cuando, en algunos casos, están preparándose y haciendo compras para poderse casar así como hay quienes están deseosas de asumir la maternidad.

Carmenza, de la zona urbana andina del Ecuador, describe así sus expectativas:

A él lo conozco hace 2 años, entonces pues seguir con la relación que tengo con él y pues de pronto querría más adelante tener un bebé.

Las mujeres de recursos económicos más escasos aspiran a mejorar sus condiciones y a continuar criando sus niños -las que son madres- así como en algunos casos aspiran a poder contar con un trabajo remunerado y a estudiar para salir adelante. De otra parte, hay quienes esperan lograr cambios en sus circunstancias familiares uniéndose a sus parientes que están en otros lugares e incluso en otros países, o reuniendo de nuevo su familia que se halla desintegrada debido a que sus parientes se encuentran fuera buscando nuevas opciones. Esto expresa Eliana del Perú, con 18 años:

Quiero volver a mi trabajo, tengo que trabajar porque quiero estudiar. Mi papá, con lo poco que nos da, a veces no alcanza ni para comer y no puedo estudiar nada. Yo quiero salir adelante.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las valoraciones que hacen las mujeres de sus experiencias con el aborto con medicamentos deben ser comprendidas teniendo en consideración los contextos dentro de los cuales se han presentado sus vivencias.

La interrupción del embarazo para las mujeres entrevistadas, tal como ha sido establecido a través de anteriores estudios realizados en la región, constituye en muchos casos un evento complejo debido a la gran incidencia de valores religiosos y sociales imperantes en la cultura y a las restricciones legales sobre el aborto vigentes en los países estudiados, donde se presenta, con frecuencia el aborto no seguro.

Los factores sociodemográficos, como el estrato social al que pertenecen las mujeres, su historia sexual y reproductiva y su nivel educativo y los aspectos psicosociales como el grado de apropiación que han hecho de los procesos reproductivos, la calidad de sus relaciones de pareja, la participación y apoyo de su compañero en el proceso y el soporte que recibieron por parte de los proveedores, son factores que inciden de manera especial en la experiencia.

Los hallazgos de esta investigación inspiran el desarrollo de futuros estudios, con el fin de profundizar en las relaciones observadas entre las experiencias y las valoraciones de las mujeres y los contextos dentro de los cuales ellas se hallan inmersas.

Las mujeres entrevistadas en este estudio, estuvieron bajo supervisión de personal de salud, pero dado que esta no es la única forma como están accediendo al método de aborto

con medicamentos en estos países, las experiencias por parte de quienes han accedido al método, por su propia cuenta, adquiriendo los medicamentos en una farmacia o en el mercado informal, pueden diferir ampliamente de aquellas que se han descrito en este informe. Varios reportes han documentado esta forma alternativa de hacer uso del método, pero los pocos estudios que lo han hecho hasta el momento, se refirieron básicamente a las experiencias de mujeres que han ingresado a los hospitales o clínicas con complicaciones (Lara y cols., 2004; Rodríguez, 2004; Sherris y cols., 2005)

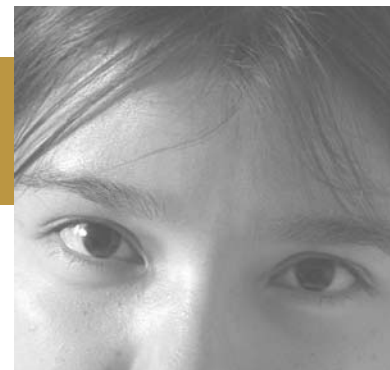
Los datos cualitativos obtenidos sugieren una relación entre la condición socioeconómica de las mujeres y la experiencia de aborto con medicamentos. Nuestra hipótesis es que esta asociación es multifactorial. Las mujeres que pertenecen a los grupos de más escasos recursos económicos, por lo común poseen menos instrucción y están menos informadas acerca de los procesos reproductivos que suceden en su cuerpo. Esto puede limitar su grado de preparación para hacerle frente al proceso de aborto con medicamentos. También es posible que aquellos servicios a los que estas mujeres acceden, cuenten con mayores limitaciones para ofrecerles apoyo y soporte que aquellos donde son atendidas las mujeres de estratos sociales más altos.



Reconociendo que es necesario realizar mayor investigación en esta área, se considera, no obstante, que este trabajo deja importantes lecciones aprendidas:

- El aborto con medicamentos es un método que cuenta, en general, con la aceptación de las mujeres de los cuatro países, más allá de los contextos dentro de los cuales ellas se desenvuelven.
- Las mujeres más jóvenes, quienes no han tenido partos, las que no cuentan con el apoyo de sus parejas o que han vivido situaciones de violencia por parte de estas; aquellas que no construyen el aborto desde una perspectiva de derechos y quienes no poseen una clara comprensión de lo que sucede en su cuerpo durante el proceso, resultan ser las más vulnerables dentro de la experiencia de aborto con medicamentos.
- El dolor aparece como la desventaja más notoria del método, a la luz de las valoraciones de las mujeres que lo han experimentado. Al igual que lo han demostrado otros estudios previos, las mujeres que no han tenido partos suelen tener una vivencia más dolorosa del proceso. En la medida en que factores de tipo psicosocial y cultural pueden afectar la experiencia subjetiva con el método por parte de quienes no han vivido la maternidad, es importante profundizar en este aspecto en futuras investigaciones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



Los resultados de este estudio llevan a plantear algunas recomendaciones generales:

- Seguir avanzando en el reconocimiento del aborto inducido en condiciones de ilegalidad como un aspecto que afecta profundamente a las mujeres de América Latina y en la búsqueda de alternativas de solución frente a la inmensa magnitud del problema así como fomentar la investigación en torno a esta realidad en la región.
- Fortalecer la inclusión de una perspectiva de género y de derechos en el enfoque de la salud sexual y reproductiva, de tal forma que la problemática de salud de la mujer sea visualizada y tratada de manera acorde con su complejidad y con su relación con el orden cultural y social.
- Diseñar estrategias destinadas al empoderamiento de las mujeres más jóvenes y de aquellas con menores recursos socioeconómicos, para el enfrentamiento autónomo y consciente de su salud sexual y reproductiva.
- Darle continuidad a la investigación cualitativa sobre aborto con medicamentos, enfatizando en la mirada desde los proveedores y otros actores sociales involucrados en el proceso ; en la incidencia de los factores socioeconómicos así como de la edad y de la maternidad previa dentro de las experiencias de las mujeres; en el dolor como un importante objeto de estudio y en las concepciones y prácticas tradicionales asociadas a la contracepción en la región.
- Tener en cuenta los resultados de este estudio en lo relativo a la construcción de estrategias de formación y de capacitación a proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva y a las perspectivas de investigación dentro del contexto del aborto en la región de América Latina.

REFERENCIAS

Abdel-Aziz E; Hassan I; Al-Taher HM. 2004. "Assessment of pain associated with medical abortion," *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 84(3): 264-265.

Annual Review of Population Law. "Abortion laws of the world". En: <http://annualreview.law.harvard.edu/population/abortion/abortionlaws.htm>. Revisado el 28 de mayo de 2005.

Ali M, Cleland J, Shah I. 2004. "Trends in reproductive behavior among young single women in Colombia and Peru," *Demography* 40 (4):659-673.

Amuchastegui-Herrera A; M Rivas Zivy. 2002. "Clandestine abortion in Mexico: A question of mental as well as physical health," *Reproductive Health Matters* 10 (19):95-102.

Bankole A; S Singh; T Haas. 1998. "Reasons why women have induced abortions: Evidence from 27 countries," *Family Planning Perspectives* 24 (3)

Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, et al. 2004 "Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States," *Obstetrics and Gynecology* 103(4):729-37.

Barbosa RM, Airlha M. 1993 "The Brazilian experience with Cytotec," *Studies in Family Planning* 24(4):236-40.

Bermúdez V. 1998. *Silencios Públicos, Muertes Privadas. La Regulación Jurídica del Aborto en América Latina y El Caribe*. Lima-Perú: CLADEM.

Billings D; C Moreno; C Ramos et al. 2002 "Constructing access to legal abortion services in Mexico City," *Reproductive Health Matters* 10(19): 86-94.

Billings D. 2004. "Misoprostol alone for early medical abortion in a Latin American clinic setting," *Reproductive Health Matters* 12 (24 Supplement): 57-64.

Blum J; Hajri S; Chélli H; et al. 2004. "The medical abortion experiences of married and unmarried women in Tunis, Tunisia," *Contraception* 69(1): 63-69.

Bonilla E y P Rodríguez. 1997. "Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales". Bogotá: Ediciones Uniandes y Editorial Norma.

Cardich R con F Carrasco. 1993. "Desde las mujeres: visiones del aborto; nexos entre sexualidad, anticoncepción y aborto," Lima: Movimiento Manuela Ramos y Population Council.

Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. 2001. "Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe. Suplemento 2000" Nueva York: Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.

Chávez S; A Britt-Coe. 2002. "El aborto médico desde la perspectiva de las mujeres atendidas en un servicio de consejeras en un distrito populoso de Lima". Lima: Promsex.

Chávez S. 2004. "Informe sobre aborto en el Perú," Lima: documento interno de Promsex.

Clark S; C Ellertson; B Winikoff. 2000. "Is medical abortion acceptable to all American women: The impact of sociodemographic characteristics on the acceptability of mifepristone-misoprostol abortion," *Journal of American Medical Women's Association* 55:177-182

Coe A.B. 2004. From anti-natalist to ultra-conservative: restricting reproductive choice in Peru, *Reproductive Health Matters* 12 (24):56-69.

Consejo Nacional de Población 2000. Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana. México: CONAPO.

Denman C; J A Haro. 2002. "Trayectorias y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social" En: *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud, Una antología iberoamericana*. Mercado, Francisco y colaboradores (ed). Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma Nuevo León, Servicio Vasco de Salud, Asociación médica de Jalisco e Instituto Jalisciense de Cancerología.

Deulaire N; P Leidl; L Mackin et al. 2002. Promises to keep. Global Health Council.

Elul B; E Pearlman, A Sorhaindo et al. 2000. "In-Depth Interviews in Medical Abortion Clients: Thoughts on the Method and Home Administration of Misoprostol," *Journal of American Medical Women's Association* 55 (3): 169-72.

Erviti J; R Castro; A Collado. 2004. "Strategies Used by Low-Income Mexican Women to Deal With Miscarriage and 'Spontaneous' Abortion," *Qualitative Health Research* 14 (8): 1058-1076.

Espinoza H; L López-Carrillo. 2003. "Aborto Inseguro en América Latina y el Caribe: Definición del problema y su prevención," *Gaceta Médica* 139, Suplemento No.1, México.

Ferrando D. 2002. "Clandestine abortion in Peru: Facts and figures," Lima: Centro de la Mujer Peruana, Pathfinder Internacional.

Fielding S; E Edmunds; S Eric. 2002. "Having an abortion using Mifepristone and home Misoprostol: A qualitative analysis of women's experiences," *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34(1):34-40.

Gergen K. 1996. *Realidades y relaciones*. Buenos Aires: Paidós.

Goicolea I. 2001. "Exploring women's needs in an Amazon region of Ecuador," *Reproductive Health Matters* 9 (17):193-202.

Gómez de la Torre, V; L Valladares. 2004. "Compilación de datos legales sobre el aborto en el Ecuador", documento interno del Taller Comunicación Mujer.

González de León, D. 2003. *El aborto en México*. Ciudad de México: IPAS.

González, A C; M Sánchez. 2000. "Gendered Health Research for Development: A Vital Contribution to Health Equity" *International Conference on Health Research for Development (Bangkok, 2000)*, Latin American and Caribbean Women's Health Network (LACWHN).

Goolishian H; L Winderman. 1989. "Constructivismo, autopoiesis y sistemas determinados por problemas," *Sistemas Familiares* 5 (3): 19-30.

Hamoda H; Ashok PW; Flett GM; et al. 2004. "Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation". *BJOG. International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 111: 996-1000.

Instituto Alan Guttmacher. 1994. "Aborto clandestino: una realidad latinoamericana," Nueva York: AGI.

Instituto Alan Guttmacher. 2001. "Unwanted Pregnancy and Abortion: Public Challenges in Latin America and the Caribbean, Special report" New York: AGI.

Langer A. 2003. "El embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México," *Gaceta Médica* (139) Suplemento No.1, México.

REFERENCIAS

- Lamas M; S Bisell (2000). "Abortion and Politics in México: 'context is all'," *Reproductive Health Matters* 8 (16): 10-23.
- Lara D; K Abuabara; D Grossman; C Diaz-Olavarrieta. "Pharmacist provision of medical abortifacients in Mexico City". En: http://apha.confex.com/apha/132am/techprogram/paper_87582.htm. Revisado el 28 May 2005.
- Londoño M L. 2000. Embarazo por violación. Cali: Fundación Si Mujer - Colciencias -BID.
- Maira G. 2004. Informe sobre el aborto en el Ecuador. Quito: Documento interno del Taller Comunicación Mujer.
- Martignon, C .1992. "Una aproximación a la relación de ayuda en grupo y sus efectos sobre un grupo de mujeres después de una experiencia de aborto". Bogotá: Tesis de grado para obtener el título de Psicóloga, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad de los Andes.
- Mcintyre M; B Anderson; C Mc Donald. 2001. "The intersection of relational and cultural narratives: Women's abortion experiences," *Canadian Journal of Nursing Research* 33 (3): 47-62.
- Mora M; J Villareal. 1993. "Unwanted pregnancy and abortion: Bogotá, Colombia," *Reproductive Health Matters* 2:11-20.
- Mora M; J Villareal. 1995. Aborto, factores involucrados y consecuencias. Bogotá: Fundación Oriéntame - Fundación Moriah.
- Mora M. 2004. ...Y pasó lo que tenía que pasar. Bogotá: Fundación Oriéntame.
- Morin E. 1995. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Naciones Unidas. 1979 "Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
- Nguyen Thi Nhu Ngoc; VU Quy Nhan; Blum J et al. 2004. "Is home-based administration of prostaglandin safe and feasible for medical abortion? Results from a multisite study in Vietnam". *BJOG International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 111: 814-819.
- Nguyen Thi Nhu Ngoc; Winikoff B, Ellerton C et al. 1999. "Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam," *International Family Planning Perspectives* 25 (1): 10-33.
- Nigenda G; A Langer. 2002. "Métodos cualitativos para la investigación en salud," en: *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud, Una antología iberoamericana*. Mercado, F y colaboradores (ed). Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma Nuevo León, Servicio Vasco de Salud, Asociación Médica de Jalisco e Instituto Jalisciense de Cancerología.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2004. "Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000," Geneva: World Health Organization.
- Pérez Serrano G.1994. "Investigación cualitativa retos e interrogantes". Tomos I y II. Madrid: Editorial La Muralla, S.A.
- Prada Salas E; M Mora; J Villareal. 1998. "Factores condicionantes y estrategias de intervención para la prevención del embarazo no planeado y el aborto inducido en Santa fe de Bogotá, DC". Bogotá: Secretaría de Salud del DC.
- Profamilia. 2000. "Resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud". Bogotá.
- Rance S. 1994. "No me vas a pensar esas cosas: actitudes y prácticas que inciden en el embarazo no deseado y el aborto inseguro en Bolivia" en: *Memorias del Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina*, Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Rodríguez Lara, C. "Home use: Mexican women's experience," en: http://www.medicalabortionconsortium.org/ICMA_PPT_FILES/ICMACONF/TUESDAY1/RODRIGUE/frame.htm. Revisado el 28 de Mayo de 2005.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; Fundación Fes Social. 2003. "Prevalencia del aborto inducido y embarazo no planeado en las localidades de Santa Fe, Usme y Ciudad Bolívar de la ciudad de Bogotá," Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y Fundación Fes Social.
- Sherris J, Bingham A, Burns MA; et al. 2005. "Misoprostol Use in Developing Countries: Results From a Multicountry Study". *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 88(1): 76-81.
- Ulin P; E Robinson; E Tolley; et al. 2002. "Qualitative Methods: A Field Guide for Applied Research in Sexual and Reproductive Health". Family Health International.
- Wiebe E.1997. "Choosing between surgical abortions and medical abortions induced with methotrexate and misoprostol," *Contraception* 55(2) 67-7.
- Winikoff B.1995. "Acceptability of Medical Abortion in Early Pregnancy". *Family Planning Perspectives* 27 (4): 142-8, 185
- Winikoff B; I Sivin; K Coyaji; et al. 1998. "Aceptabilidad del aborto inducido por tratamiento médico en China, Cuba e India". *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial :11-17.
- Zamudio L; N Rubiano; L Wartenberg. 1994. "El impacto demográfico del aborto inseguro en Colombia" en: *Memorias del Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina*, Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Zamudio L; N Rubiano; L Wartenberg; et al. 1998. El aborto inducido en Colombia Bogotá: Universidad Externado de Colombia, Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social.

Agradecemos de manera muy especial a quienes facilitaron la realización de este proceso así como a cada una de las mujeres que, con su generosa colaboración, han permitido que este trabajo dé luces para la comprensión y el abordaje del aborto con medicamentos en la región de América Latina. A Katrina Abuabara y a Batya Elul, nuestros especiales reconocimientos por su apoyo al estudio realizado. A Viviana Díaz, Eduardo Flores y Violeta Esparza, nuestros agradecimientos por su solidaridad con esta publicación.